

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

123

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 décembre 1900, à 1 heure

Par GIGON (ANDRÉ)

Né à Margency (Seine-et-Oise), le 5 septembre 1874

DE

L'APPENDICITE D'ORIGINE CÆCALE

(TYPHLO-APPENDICITE)

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. REMY,

TEISSIER,

HARTMANN,

} agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547925_0044

123
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 décembre 1900, à 1 heure

Par GIGON (ANDRÉ)

Né à Margency (Seine-et-Oise), le 5 septembre 1874

DE

L'APPENDICITE D'ORIGINE CÆCALE

(TYPHLO-APPENDICITE)

Président : M. BERGER, professeur.

*Juges : MM. REMY,
TEISSIER, } agrégés.
HARTMANN,*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR.

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DU DOCTEUR CHARLES CAMPARDON

MEIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PAUL BERGER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Au cours de ce siècle l'histoire des accidents typhlo-appendiculaires, c'est-à-dire de l'inflammation du cæcum et de son appendice, a subi une évolution sur laquelle nous nous proposons tout d'abord de jeter un coup d'œil rapide avant d'aborder l'étude de l'appendicite d'origine cæcale ; et cet aperçu historique montrera plus nettement le but et la place de ce travail qui n'a d'autre prétention que de rendre au cæcum la part qui lui revient dans la production des phénomènes décrits d'une manière générale depuis quelques années sous le nom d'appendicite. Cette part est modeste sans doute, et nous convenons que dans la très grande majorité des cas l'appendice doit être seul mis en cause ; lui seul est la cause des accidents, et l'affection mérite bien alors le nom d'appendicite. Mais il existe des cas où le point de départ de la lésion se fait dans le cæcum, pour s'étendre ensuite à l'appendice, soit par contiguïté, soit par l'intermédiaire des anastomoses lymphatiques qui existent entre ces deux organes ; ces cas sont au début des cas de typhlite compliquée ensuite d'appendicite ; on devrait les appeler, pour mieux dire, des cas de typhlo-appendicite ; d'ailleurs le nom n'est pas de nous, il a été prononcé par M. Bazy à la *Société de chirurgie* (1), nous nous permettons de le lui emprunter car il exprime

(1) BAZY, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 11 juillet 1900.

bien le but que nous cherchons ici, c'est-à-dire d'établir la relation qui existe entre l'inflammation du cæcum et celle de son appendice.

Jusqu'au commencement de ce siècle la typhlite et moins encore l'appendicite n'eurent d'histoire. On cite quelques observations isolées qui ne soulèvent aucun intérêt : Mestivier (1) (1759), Jadelot (2) (1808) rapportent des cas de perforation appendiculaire ; Wegeler (3) en 1813 rapporte un cas de gangrène ayant porté à la fois sur le cæcum et sur son appendice : c'est là, croyons-nous, la première observation de lésions cæcales et appendiculaires simultanées.

Méliér (4), le premier, voit la fréquence de l'origine appendiculaire des accidents connus alors sous le nom de typhlite et de pérityphlite ; il prévoit l'avenir chirurgical de cette affection : nous rapportons d'ailleurs plus loin une observation tirée de son mémorable travail.

Albers (de Bonn) (5) en 1839 fait l'histoire de la typhlite, déjà ébauchée avant lui par Dance (6) et Ménière (7), et pendant longtemps les auteurs vont être imbus de ce travail, et l'appendice attendra jusqu'en 1882 pour être réhabilité ; on ne verra que la typhlite, les accidents appendiculaires seront méconnus presque par tout le monde,

(1) MESTIVIER, *Journal de médecine et de chirurgie*, t. X, 1759.

(2) JADELOT, *Bibliothèque médicale*, 1814.

(3) WEGELER, *Journal de Corvisart*, 1813.

(4) MÉLIÉR, *Journal général de médecine, chirurgie et pharmacie*, 1827.

(5) ALBERS, *L'expérience*, 1839.

(6) DANCE, *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, 1827.

(7) MÉNIÈRE, *Archives générales de médecine*, 1828.

sauf par Bodart (1), Favre (2), Leudet (3) auxquels nous empruntons plus loin quelques observations, Crouzet (4), Legrain (5), Duplay (6), Taverney (7).

Les travaux de Talamon (8) jettent absolument dans l'oubli le rôle du cæcum, pour lui la typhlite n'existe pas ; non plus pour Mac Murtry (9).

Roux (10) (de Lausanne) sur 47 cas trouve une seule fois le cæcum perforé.

La thèse de Maurin (11) à laquelle nous venons de faire de larges emprunts historiques donne 136 observations dont 42 avec des lésions cæcales.

Depuis, les articles de Jalaguier, de Gaillard, de Guinard attribuent tous les accidents à l'appendicite.

Ce n'est qu'en 1896 que M. Bazy à la *Société de chirurgie* revendique pour le cæcum le rôle, modeste il est vrai, mais réel, que celui-ci joue dans un certain nombre de cas englobés sous le nom d'accidents d'appendicite.

(1) BODART, *Des perforations du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal*, Th. Paris, 1851.

(2) FAVRE, *Histoire des perforations spontanées de l'appendice iléo-cæcal*, Th. Paris, 1851.

(3) LEUDET, Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cæcal, *Archives gén. de médecine*, 1859.

(4) CROUZET, *Perforation spontanée de l'appendice iléo-cæcal*, Th. Paris, 1875.

(5) LEGRAIN, *Contribution à l'étude de l'appendice iléo-cæcal*, Th. Paris, 1875.

(6) DUPLAY, *Archives générales de médecine*, 1876.

(7) TAVERNEY, *Des ulcérations et perforations de l'appendice vermiculaire*, Th. Paris, 1877.

(8) TALAMON, Appendice et typhlite, *Médecine moderne*, 1890, etc...

(9) MAC MURTRY, *Medical News*, 1891.

(10) ROUX, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1890.

(11) MAURIN, Th. de Paris, 1890.

Depuis cette époque, nous avons relevé les observations publiées à la *Société de chirurgie* et nous les rapportons à la fin de ce travail : elles peuvent être rangées dans le groupe des para-appendicites de Quénu.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier les maîtres, qui, pendant le cours de nos études, nous ont aidé de leurs conseils et fait profiter de leur expérience, à l'hôpital et au laboratoire.

C'est d'abord un devoir pour nous de rendre hommage à la mémoire du D^r Adolphe Colson, notre premier maître.

Nous tenons particulièrement à exprimer ici notre reconnaissance à M. le professeur Paul Berger pour ses excellentes leçons dont nous pûmes profiter pendant notre séjour dans son service, à l'hôpital Lariboisière, et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous n'oublierons jamais les savantes leçons cliniques de M. le D^r Duguet; c'est lui qui nous a fait aimer la médecine. Nous le remercions mille fois de l'intérêt qu'il nous a témoigné, et des bontés qu'il a eues pour nous.

Nous tenons également à remercier nos autres maîtres dans les hôpitaux et dans les laboratoires : MM. Cornil, Budin, Mauclaire, Rémy, Launois, Gilbert.

Enfin nous ne saurions oublier que c'est aux savantes leçons de M. le D^r Chassevant, qui nous a si bienveillamment accueilli dans son laboratoire, que nous sommes redevable d'une grande partie de nos connaissances en chimie biologique ; nous tenons à lui témoigner toute notre reconnaissance,

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

L'anatomie nous apprend que le cæcum et l'appendice, le plus souvent placés dans la fosse iliaque droite peuvent occuper une position bien différente. C'est ainsi que, sans parler du cæcum de l'enfant ordinairement haut placé, la première portion du gros intestin peut se trouver sous les fausses côtes, au devant du rein droit ou même à gauche de la ligne médiane.

De même il est difficile de préciser la position de l'appendice par rapport au cæcum puisque celui-ci peut se trouver au-dessus, en arrière, en dedans, en dehors de cette portion du gros intestin, nous ne retiendrons qu'un fait, c'est que l'appendice peut être accolé au cæcum sur une grande partie de son étendue, soit en dehors, soit en dedans, soit directement en arrière.

Il nous a paru intéressant de rappeler ces deux points d'anatomie qui ne servent pas à faciliter notre travail puisqu'ils montrent que d'une part une collection abdominale haut placée ne sera pas forcément une collection péri-cæcale, un abcès appendiculaire pouvant envelopper l'appendice situé en position haute et que d'autre part la lésion du cæcum, lorsqu'elle existe, peut être secondaire à une inflammation primitivement localisée à l'appendice et qui se propage à l'intestin par adhérence secondaire

des deux organes et envahissement des tuniques du cæcum de l'extérieur vers l'intérieur.

Nous sommes donc bien loin de songer à écarter les objections des partisans convaincus de la localisation exclusive de l'inflammation à l'appendice et nous considérons même que dans l'immense majorité des cas, c'est vers l'appendice qu'il faudra chercher la lésion ; c'est lui qu'il faudra toujours trouver même lorsqu'il existe une gangrène ou un épaississement du cæcum. Mais nous estimons que c'est être vraiment trop exclusif que de ne pas vouloir admettre dans certains cas l'envahissement primitif de la première portion du gros intestin, que cette localisation soit exclusive, ou qu'elle s'accompagne d'une appendicite légère ou grave.

Les observations que nous publions répondent du reste victorieusement à ces critiques. On peut y voir que : 1° la présence d'une collection haut placée au-dessus du point classique de l'appendicite peut être l'indice d'une suppuration primitivement et exclusivement péri-cæcale, l'appendice se trouvant beaucoup plus bas, et sans relation réelle avec l'abcès ; 2° que si, dans un certain nombre de cas, l'appendice et le cæcum offrent des lésions dans lesquelles il est impossible de séparer la lésion cæcale de la lésion appendiculaire, dans quelques-unes et en particulier dans une observation de M. Quénu, il existait une appendicite récente, mais nettement séparée de ce foyer inférieur, on pouvait voir une perforation cæcale avec péritonite circonscrite ancienne.

Nous concluons donc que le cæcum peut être envahi primitivement comme l'appendice, que ces deux parties

de l'intestin peuvent présenter des lésions concomitantes et distinctes.

Il nous reste à voir ce que sont ces lésions. La réponse est facile : il n'existe aucune différence appréciable entre un abcès appendiculaire et un abcès du cæcum.

L'envahissement se fait de la même façon, presque toujours par les lymphatiques ; ce sont les follicules qui se prennent, déterminant soit une folliculite simple, soit une folliculite avec périfolliculite et lymphangite. Nous ne pouvons mieux faire du reste que de publier l'observation de Duguet qui décrit très clairement une folliculite du cæcum ayant déterminé un véritable phlegmon entre la muqueuse et la musculieuse intestinale.

« Dans la fosse iliaque droite le cæcum forme une véritable tumeur d'un rouge vif et par places vineuse ; le péritoine qui le recouvre est dépoli et couvert de fausses membranes chagrinées et récentes et au-dessous se voient par transparence des hémorrhagies sous-péritonéales ressemblant à une sorte de purpura. Le cæcum en ce point paraît distendu et comme rempli d'une matière assez ferme. Son aspect est bleuâtre d'une façon générale et à la pression il ne s'efface pas ; la consistance est molle semi-fluctuante ; il forme une véritable tumeur phlegmoneuse. A l'ouverture du cæcum on constate que s'il n'est pas extrêmement distendu extérieurement, sa lumière est presque entièrement effacée par le boursoufflement et le soulèvement interne de la muqueuse cæcale. D'ailleurs, il est facile de voir par une incision longitudinale qu'il existe en effet entre la muqueuse et la musculieuse et étendu en nappe dans toute la hauteur et le pourtour du cæcum une

sorte de phlegmon suppuré et diffus présentant des tractus celluloux contenant dans leurs mailles une grande quantité de liquide puriforme jaune-noirâtre et soulevant par places la muqueuse.

Au niveau des points où elle est le plus soulevée, elle est d'un rouge vineux, de plus, excessivement mince, facile à déchirer et présente des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins irrégulières par lesquelles le pus découle dans l'intestin. »

Cette folliculite se manifeste d'ordinaire à l'opération ou à l'autopsie par un épaississement souvent considérable de la paroi cæcale qui peut être absolument cartonnée ; de plus cette paroi est rouge, très friable, souvent recouverte de fausses membranes blanchâtres. C'est alors que l'ouverture du cæcum montre la présence de nombreux points blanchâtres surélevés, quelques-uns abcédés.

Ces petits abcès folliculaires siègent d'ordinaire dans la partie inférieure du cæcum ; mais, dans certains cas, ils sont bien indépendants de la lésion de l'appendice. C'est ainsi que dans l'observation de Souques où du reste le cæcum ne paraissait pas atteint extérieurement, on put voir sur toute sa face postérieure de nombreuses ulcérations dont la dimension variait du volume d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 20 centimes. A la limite du cæcum et du côlon, se trouvaient une vingtaine de points saillants gros comme une petite lentille, arrondis, quelques-uns ulcérés.

Le résultat de cette folliculite sera tout d'abord la destruction plus ou moins étendue de la muqueuse. Il est

facile de comprendre que si la lésion pendant longtemps se limite à la muqueuse, au point de vue symptomatique, on trouvera seulement de la douleur dans la fosse iliaque et des troubles de la défécation qui pourront simuler une entérite simple de cause quelconque.

Nous pourrions donc dire à la suite de Jalaguier, en donnant au cæcum ce qu'il attribue à l'appendice : l'inflammation du tissu lymphoïde est la lésion primordiale de toute typhlite, le foyer de folliculite peut être très circonscrit, il peut être très étendu comme dans l'observation précédente et détruire la muqueuse dans la presque totalité du cæcum ; presque toujours l'abcès s'ouvre dans la cavité intestinale, les matières seront mélangées de pus.

Mais il est extrêmement rare que l'infection se localise aux follicules atteints.

Par les voies lymphatiques qui partent de ceux-ci, les microbes gagneront la musculature d'abord, la séreuse ensuite. C'est dire que, dans la très grande majorité des cas, une destruction plus ou moins étendue de la paroi intestinale, une réaction péritonéale plus ou moins intense se produiront.

Du côté de l'intestin, la présence de points de folliculite nombreux et rapprochés déterminera l'envahissement des tuniques externes qui, ou bien seront attaquées par le foyer purulent qui leur est contigu, ou bien subiront une destruction plus ou moins étendue par l'absence de vascularisation. C'est dans ces derniers cas, les plus fréquents, que s'observent le sphacèle du cæcum et la perforation faisant communiquer l'intestin avec la cavité péritonéale.

Le siège de cette perforation est très variable. Si nous

résumons les observations, nous pouvons voir que, dans la majorité des cas, c'est au niveau de la paroi interne que se produit le sphacèle du cæcum, tout près de l'appendice.

Cependant on l'observera aussi très fréquemment sur la paroi postérieure de l'intestin. Dans l'observation d'Albarran, la paroi du cæcum prise dans son entier présentait deux plaques de gangrène.

Cette perforation offrant tous les caractères de la perforation appendiculaire, nous ne la décrivons pas après tant d'autres.

Nous savons aussi que, si cette perforation se fait très rapidement sans s'accompagner de réaction péritonéale, une péritonite généralisée s'ensuivra; que si, au contraire, elle évolue lentement, si des adhérences péritonéales peuvent se faire, il se produira une péritonite localisée, un abcès circonscrit.

Nous n'insisterons pas sur la formation des adhérences qui limiteront l'accès péri-cæcal, sur la péritonite généralisée d'emblée; mais deux faits sont à retenir dans la typhlite ou dans la typhlo-appendicite qui nous occupe: la fréquence des adhérences entre le cæcum et d'autres portions de l'intestin, la possibilité de brides fibreuses rétrécissant ou même obturant le calibre de l'intestin.

Le cæcum peut se trouver à la terminaison de l'iléon enveloppé par les anses de l'intestin grêle. Cette situation nous expliquera comment de rapides adhérences pourront convertir en une masse unique, indivisible, plusieurs portions de l'intestin.

Dans l'observation de Mariage, il y avait adhérence entre la paroi interne du cæcum et l'intestin grêle, et de

petits abcès existaient au milieu des adhérences. Dans l'observation de Tardieu, il existait une énorme masse ayant au centre le cæcum épaissi et perforé. Autour et solidement maintenus par des adhérences, la partie inférieure du rein droit, la 4^e portion du duodénum, l'épiploon faisaient corps avec le cæcum malade.

Ce fait a une assez grande importance. Ces agglutinations d'organes, outre qu'elles peuvent entraîner par coudure de l'intestin ou par rétrécissement de ce conduit une occlusion intestinale complète ou incomplète, seront encore souvent la cause d'une erreur de diagnostic ; la présence d'une grosse masse dans la fosse iliaque droite ou dans le bassin peut, en effet, en imposer pour un gros abcès péri-cæcal et souvent l'opération permettra de constater qu'il n'existe aucune collection, mais de nombreuses adhérences entre les anses intestinales, adhérences qu'il sera souvent difficile de rompre sans déterminer une perforation intestinale.

De même, la production de brides épiploïques, à la suite du processus inflammatoire, n'est pas rare. Ces brides, d'abord molles, ne tardent pas à devenir fibreuses : elles peuvent de ce fait subir une sorte de rétraction, et comme d'ordinaire elles adhèrent d'une part à la paroi, de l'autre au cæcum, on comprendra facilement qu'elles puissent déterminer soit la coudure, soit le rétrécissement du canal. Dans le cas de Nimier, une bride semblable partait de l'épiploon et adhérait à la partie supérieure de l'appendice.

Ces brides, disons-le en passant, doivent être soigneusement rompues par le chirurgien, au cours de l'opération

coupées entre deux ligatures au besoin ; car si on les laisse elles provoquent fréquemment des troubles digestifs qui persistent même après l'ablation de l'appendice.

Enfin, il nous faut signaler l'influence d'un foyer de suppuration cæcal ou péri-cæcal sur les organes environnants ; nous savons maintenant ce que sont ces para-appendicites sur lesquelles M. Quénu a attiré l'attention.

L'envahissement par le processus inflammatoire du tissu cellulaire sous-péritonéal pourra déterminer dans l'atmosphère celluleuse du rein, dans le tissu conjonctif de la fosse iliaque, une suppuration secondaire. Nous savons maintenant que le grand nombre de psoitis étudié autrefois par les auteurs, correspondait presque toujours à une inflammation d'origine intestinale, propagée secondairement à la gaine du psoas.

Nous n'insisterons pas sur le fait curieux rapporté par Leudet de perforation de l'os iliaque à la suite d'une vieille suppuration intestinale. La chirurgie actuelle ne connaît plus les hésitations qui permettaient à ces suppurations interminables de s'établir ; de même nous rappellerons simplement l'observation de Salzer et Reuling où, à la suite d'une perforation cæcale, un trajet fistuleux s'établit entre le cæcum et la vessie, aboutissant à une perforation vésicale qui permettait le passage des matières par le réservoir urinaire.

Cette observation montre que, comme les suppurations péri-appendiculaires enkystées, les abcès péri-cæcaux avec ou sans perforation intestinale, cherchent à s'évacuer soit dans l'intestin lui-même (cæcum, intestin grêle ou rectum), soit dans un autre organe, soit enfin à la peau.

Mais ces faits sont trop connus pour que nous les reprenions de nouveau.

Disons en terminant que nous avons été surpris de constater qu'aucun examen histologique du cæcum malade n'avait jamais été fait, du moins à notre connaissance. Voulant combler cette lacune, nous avons prié M. Blandin, interne des hôpitaux, de vouloir bien examiner le cæcum réséqué au cours de l'intervention chez le malade de l'observation II ; M. Blandin a bien voulu nous remettre la note suivante :

« Dans l'appendice et dans le cæcum on constate des lésions de folliculite ordinaire : il existe dans la paroi du cæcum une infiltration leucocytaire énorme, en nappe, avec des amas çà et là, nappe continue envahissant les tuniques de l'appendice. Pas de lésions cellulaires. »

Cet examen n'est que la conclusion de ce que nous avons avancé plus haut : nous n'y ajoutons aucun commentaire.

CHAPITRE II

Étiologie.

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici la discussion pathogénique qui a divisé les esprits pendant ces dernières années ; nous admettons que la théorie du *vase clos* est définitivement jugée, qu'il ne suffit pas d'une cavité close pour provoquer une appendicite. A défaut d'arguments, les statistiques de Roux qui a trouvé sur 100 cas 73 fois l'appendicite perméable dans toute l'étendue de son canal, celles de Walther, de Broca, de Jalaguier, de Brun, sont suffisamment convaincantes. Nous pensons avec Jalaguier, que la cavité close peut exalter la virulence des microbes contenus dans celle-ci, comme les expériences de Roger et de Josué nous l'ont appris, mais que la plupart du temps cette cavité close n'existe pas, et que, lorsqu'il y a oblitération de l'appendice, cette oblitération est l'effet et non la cause de l'inflammation appendiculaire.

Cette réserve faite, nous diviserons et étudierons les causes de l'appendicite d'origine cæcale en deux chapitres : 1° les appendicites provenant d'une propagation d'une lésion cæcale : et 2° les appendicites provenant d'une infection sanguine ayant primitivement frappé le cæcum.

Dans le premier groupe, nous devons signaler les entérites aiguës ou chroniques simples, les entérites infectieuses symptomatiques, dysentériformes, cholériformes etc.; nous citons plus loin des observations dans lesquelles on trouvera ces origines multiples. La colite muco-membraneuse peut probablement aussi provoquer des lésions appendiculaires avec typhlite ulcéreuse, mais nous n'en avons pas d'observation.

Les lésions de l'intestin se propagent plus volontiers au cæcum et à l'appendice et s'y développent d'une façon plus intense, parce que dans cette zone comprise au-dessous d'un plan transversal passant par la valvule iléo-cæcale, les liquides et les matières stagnent, et que la stagnation favorise éminemment le développement et la virulence des éléments infectieux; le fait a été d'ailleurs prouvé expérimentalement par Roger et Josué, Klecki, Hartmann et Mignot (1), et a servi à Dieulafoy, à Reclus pour expliquer les différentes théories qu'ils ont données de la pathogénie de l'appendicite.

Enfin on a signalé aussi des appendicites d'origine typhique: il est bien manifeste ici que les lésions appendiculaires doivent résulter de la propagation aux follicules clos de l'appendice, des lésions des plaques de Peyer de l'intestin grêle par l'intermédiaire des lymphatiques et des follicules clos du cæcum.

Dans le deuxième groupe la cause est l'infection sanguine: on a dit que l'infection frappait alors l'appendice à cause de sa richesse en tissu adénoïde tout comme elle

(1) HARTMANN et MIGNOT, *Société de chirurgie*, 20 novembre 1897.

frappe l'amygdale, qu'il y avait là, dans les cryptes appendiculaires tout comme dans les cryptes amygdaliennes, un microbisme latent qui n'attendait qu'un coup de fouet pour se développer. Cette théorie, séduisante et rationnelle, ayant à son actif de nombreuses preuves cliniques, opératoires et expérimentales (1), admise par la très grande majorité des médecins et chirurgiens qui ont écrit sur ce sujet, peut-elle s'appliquer à la typhlite primitive ? En un mot, y a-t-il des typhlites par infection sanguine pouvant provoquer par la suite des appendicites ?

Nous croyons que le fait, quoique rare, est possible, et c'est là le principal but de ce travail, de restituer à la vieille typhlite la part, modeste sans doute mais manifeste, qui lui revient dans la pathogénie de l'appendicite et de la pérityphlite des anciens auteurs.

De même que dans l'appendicite d'emblée, les phénomènes peuvent éclater à la suite d'un coup de fouet infectieux, fièvre éruptive, angine, etc., mais surtout à la suite de la grippe, comme l'a fait remarquer Faisans (2).

Et n'est-il pas rationnel d'admettre, comme l'a fait remarquer M. Quénu dans la dernière discussion sur les para-appendicites à la *Société de chirurgie*, que la grippe puisse frapper les follicules clos du cæcum aussi bien que ceux de l'appendice ?

Du cæcum à l'appendice il n'y a qu'un pas, la typhlite se propage en bas et alors la typhlite s'efface devant les manifestations appendiculaires.

(1) JOSUÉ, Appendicites expérimentales, *Soc. de Biologie*, 1897 ; BEAUSSENAT, Appendicites expérimentales, *Soc. Anatomique*, 1897

(2) FAISANS, *Société médicale des hôpitaux*, 24 mars 1899.

Pour que cette propagation se fasse il ne faut pas que l'orifice appendiculaire soit oblitéré, il faut au contraire qu'il soit ouvert à l'infection : dans aucune de nos observations on ne signale son oblitération, il est constamment perméable. Remarquons en passant que son oblitération n'infirmait en rien notre théorie, car cet orifice pourrait très bien s'oblitérer secondairement après le passage de l'infection du cæcum à l'appendice : l'étroitesse du canal appendiculaire est éminemment favorable à son oblitération, et les lésions inflammatoires se comportent ici comme elles se comportent dans l'urèthre où l'inflammation laisse si souvent des rétrécissements infranchissables, presque oblitérants.

Nous venons de voir les causes efficientes de la typhlo-appendicite, nous avons vu que ces causes pouvaient provoquer isolément la typhlite et isolément aussi l'appendicite, enfin que la seconde pouvait succéder à la première.

La pathogénie étant expliquée, il ne nous reste plus maintenant, au point de vue étiologique, qu'à passer en revue quelques causes adjuvantes : ces causes sont encore communes aux deux affections typhlite et appendicite. Une seule peut être invoquée spécialement pour la forme qui nous occupe, ce sont les lésions préexistantes du gros intestin et en particulier du cæcum. Il est certain qu'un cæcum autrefois atteint par une affection quelconque, un cæcum taré, doit être un cæcum prédisposé : un ancien typhique, un entérique quelconque doit être prédisposé à commencer une appendicite par le cæcum : la grippe, par exemple, déterminera plus volontiers des lésions inflam-

matoires dans des follicules clos déjà infectés auparavant, et qui sont par ce fait même en état de moindre résistance.

En dehors de cette cause prédisposante qui est seule intéressante à relater ici, les autres sont banales et communes à l'appendicite d'emblée.

Le cæcum semble se prendre de préférence chez les adultes que chez les adolescents : les statistiques de Brun et de Jalaguier donnent comme plus grande proportion la période qui s'écoule entre la dixième et la quinzième année ; dans nos observations nous sommes presque constamment en présence de sujets plus âgés, nous n'en avons trouvé aucune chez l'enfant : il semble que l'appendice de l'enfant soit plus facilement frappé que son cæcum.

Comme l'appendicite d'emblée, la typhlo-appendicite semble plus fréquente chez le sexe masculin : faut-il attribuer cette fréquence plus grande au voisinage du psoas qui travaille davantage chez l'homme ? C'est une hypothèse soutenue par Byron-Robinson (1) pour l'appendicite d'emblée, on peut l'invoquer aussi pour le cæcum qui est en rapport également avec le psoas, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

La grossesse peut être invoquée comme cause prédisposante, car elle détermine une stase stercorale dans le cæcum qui peut y faciliter une localisation infectieuse.

Enfin l'hérédité peut avoir encore ici une influence manifeste tout comme dans l'appendicite d'emblée, et nous

(1) BYRON-ROBINSON, *Medical record*, 1895.

rapportons plus loin une observation d'Albarran dans laquelle une appendicite familiale fut manifestement déterminée par une typhlite infectieuse.

Les causes occasionnelles que l'on peut invoquer sont le refroidissement, le traumatisme, les indigestions, les corps étrangers du cæcum, les maladies infectieuses en général qui peuvent être invoquées aussi bien à titre de cause occasionnelle que de cause efficiente.

En somme, nous voyons que l'étiologie de la typhlite ne diffère en rien de celle de l'appendicite d'emblée, qu'elles sont toutes les deux de nature infectieuse, qu'elles obéissent aux mêmes causes efficientes et prédisposantes et occasionnelles ; les antécédents sont identiques dans les deux cas ; et si Talamon a pu dire « la typhlite primitive des auteurs est une maladie purement théorique » (1), l'erreur provient de la conception pathogénique des anciens auteurs qui l'attribuaient uniquement à la stase stercorale, laquelle n'a jamais pu engendrer à elle seule une appendicite.

(1) TALAMON, *Médecine moderne*, 30 octobre 1890, p. 837.

CHAPITRE III

Symptômes.

La symptomatologie initiale des appendicites à début cæcal, c'est-à-dire les signes de typhlite, ne présentent pour ainsi dire rien de caractéristique, rien qui puisse les faire distinguer des appendicites simples; des appendicites idiopathiques. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les observations que nous rapportons plus loin, et surtout l'observation suivante rapportée par M. Quénu à la *Société de Chirurgie* sous la dénomination de para-appendicite (1), dans laquelle on verra un malade présenter le tableau clinique d'appendicite et cependant n'avoir absolument que des lésions cæcales.

« Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, de petite taille, mais d'une bonne santé habituelle; ses antécédents pathologiques ne comportent qu'une rougeole à l'âge de 12 ans. Il a notamment un intestin bien réglé, sans constipation ni diarrhée, même quand il mange beaucoup de fruits, sans aucune trace d'entérite muco-membraneuse.

M. le Dr CAVASSE est appelé auprès de lui le 30 octobre. Nous lui devons la note qui suit :

A l'examen, comme au premier coup d'œil, c'est un grippé.

(1) QUÉNU et CAVASSE, Des para-appendicites, *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 24 janvier 1900.

Le visage est animé, les yeux brillants, avec les conjonctives un peu injectées. La peau est chaude et humide ; la température n'a pas été prise, mais la main a la sensation de 39 à 40 degrés. La langue humide est un peu blanche au centre.

Il y a une sensation de fatigue, de brisement général : les masses musculaires sont douloureuses à la pression. Céphalée frontale assez vive. Il n'y a, d'ailleurs, aucune localisation viscérale ; le malade n'en a pas les signes fonctionnels, et l'examen physique ne les décèle pas ; le ventre, notamment, soigneusement exploré, est absolument indemne : ni ballonné, ni plat, il est partout libre, souple, indolent sous des pressions profondes.

C'est dans l'après-midi que cette affection a pris ces caractères aigus, par des frissonnements répétés. Mais la veille déjà, le malade s'était senti mal à son aise. Le dimanche, 29 octobre, en effet, il s'était réveillé avec un peu de mal de tête, ce qui ne l'empêcha pas, d'ailleurs, de faire de l'escrime dans la matinée ; de déjeuner de bon appétit, et de faire 20 kilomètres à bicyclette, de bien dîner, et de dormir toute la nuit.

En se levant, le lundi, il a une céphalée assez forte, envie de vomir (un vomissement bilieux) et d'aller à la selle (pas de garde-robe).

Il doit prendre le train à 9 heures ; et c'est après deux heures du chemin de fer qu'arrivant à Paris il se couche avec les frissonnements, la fièvre et les signes dits plus haut.

On prescrit 1 gramme d'antipyrine, et un ipéca pour le lendemain matin.

Le lendemain, on le trouve levé sans fièvre. Il se dit bien portant, a mangé, mais comme la langue est encore un peu blanche, on le fait se recoucher et on prescrit la diète, un verre d'eau de Sedlitz au besoin.

Depuis ce moment, mardi 31 octobre. je n'ai plus été appelé jusqu'au samedi 4. C'est le soir de ce jour-là, samedi, que j'ai appris ce qui s'était passé depuis ma dernière visite :

Le mercredi, 1^{er} novembre, avait été bon ; le malade est levé, il mange. Le jeudi 2, après un verre d'eau de Sedlitz, excellent appétit ; tellement que, le soir, il fait honneur au dîner suivant : soupe, poisson, oie aux marrons, salade. Il se couche, s'endort... et, à 2 heures du matin, est éveillé brusquement par une douleur atroce dans le ventre, il essaie d'aller à la garde-robe, sans résultat ; il vomit, son dîner d'abord, des mucosités bilieuses ensuite.

Les journées du vendredi 3 et du samedi 4 se passent sans que nous puissions savoir rien de bien précis. On dit seulement qu'il a continué à souffrir du ventre et à vomir ; que ces vomissements sont devenus verts ; qu'il a reçu deux lavements ; et qu'il a eu, à la suite, des selles abondantes.

C'est le soir de ce samedi 4, à 5 heures, que je le revois. En entrant dans la chambre, on est frappé de l'altération des traits ; les yeux sont excavés, les pommettes saillantes, le nez effilé. Langue sèche. Pouls 120, faible, mais régulier. Ventre douloureux partout, mais surtout au point de Mac Burney.

Je fais, à la hâte, laver la bouche à l'eau de Vichy, prendre de l'opium, poser de la glace.

Nous voyons le jeune malade ensemble, M. Cavasse et moi, le samedi à 6 1/2 du soir. Il vomit à chaque instant un liquide verdâtre : le facies est tout à fait hippocratique. Le ventre n'est pas très ballonné, mais douloureux à la pression, spécialement dans la région iliaque droite ; on note une contracture des droits de l'abdomen et une sensibilité à la pression plus vive au point de Mac Burney que partout ailleurs ; la température est à peu près normale, pas de céphalalgie.

Nous portons le diagnostic d'appendicite et conseillons l'intervention chirurgicale immédiate. Celle-ci est pratiquée le soir même à 10 heures, chez les frères St-Jean-de-Dieu, avec l'assistance de MM. Longuet et Schwartz et en présence de M. Cavasse.

Nous incisons le ventre latéralement le long du bord externe du droit ; immédiatement après la section du péritoine, un peu de liquide trouble s'écoule ; nous sommes frappés par la présence sur l'intestin grêle et sur le cæcum de plaques jaunes et molles, d'aspect pyo-fibrineux et par la rougeur intense des anses d'intestin grêle au voisinage du cæcum : cette rougeur et l'exsudat cessent à une certaine distance de l'angle iléo-cæcal.

Nous trouvons aisément l'appendice ; sa surface est simplement congestionnée, elle n'est pas adhérente et ne présente aucune trace de suppuration en aucun point : l'appendice est réséqué et le moignon enfoui dans un pli du cæcum ; nous explorons à nouveau le petit bassin et nous constatons que la plupart des exsudats répondent à la portion terminale de l'iléon, qui est spécialement rouge et congestionné ; les plaques fibrinoïdes sont en-

levées avec les tampons stérilisés et remises immédiatement à M. Cavasse pour l'examen bactériologique. Après une toilette minutieuse du péritoine, nous nous assurons encore une fois qu'en aucun point du cæcum ou de l'iléon, il n'existe de perforation et nous installons deux gros drains, l'un plongeant au fond de la cavité pelvienne, l'autre allant jusqu'à l'angle iléo-cæcal.

Une injection de 500 grammes de sérum est pratiquée sous la peau, immédiatement après l'opération.

La nuit du samedi au dimanche est plus agitée.

5 novembre. — Pas de vomissements depuis l'opération; température soir, 39°6; pouls, 80°; respiration, 25. La langue est sèche.

250 grammes d'urines non albumineuses, 1000 grammes de sérum dans la journée.

6. — Urines, 750 grammes; pouls, 150 pulsations; température, 38°5. Le facies reste grippé: le sommeil est agité, entrecoupé de visions fatigantes.

7. — Température, 38°6; pouls, 100; urine 750 grammes. La nuit a été plus calme; ce matin petite selle spontanée.

8. — Selle liquide. Urine, 680 grammes; température; 37°9, 2 grammes de bismuth.

9. — On commence à donner un peu de lait le facies reste médiocre, le malade a été un peu abattu, sans véritable prostration, sans céphalalgie.

La température est à 36°9, aucun changement le 10. L'alimentation lactée est un peu augmentée.

10. — Premier pansement: on supprime un drain, température 38° à 5 heures, puis 37°8 à 7 heures. A par-

tir du 11, la quantité d'urine qui n'avait pas dépassé 7 à 800 grammes en vingt-quatre heures, s'élève à 1.200 grammes. Nous autorisons les potages, puis les jours suivants, les œufs, la température oscillant autour de 36°3 à 35°5.

L'amaigrissement et le type du facies excavé persistent jusqu'au 25 ou 26.

Les pansements ont été faits tous les deux jours : le deuxième drain est supprimé une dizaine de jours après l'opération. Le malade a quitté la maison de santé au bout de vingt-cinq ou vingt-six jours en parfait état de santé.

L'examen bactériologique des exsudats fibrinoïdes a été fait par M. Cavasse, sur lamelles, et après ensemencements, M. Cavasse y a trouvé des streptocoques et du *bacterium coli*. L'examen du liquide pris dans les drains, dans les jours qui suivent l'opération a donné les mêmes résultats.

Le dixième jour après l'opération, l'épreuve du séro-diagnostic a donné un résultat négatif, même aux proportions énormes de 1/20, qui peuvent entraîner l'agglutination du bacille d'Eberth avec un sérum non typhique; toutes ces recherches ont été faites par M. Cavasse, dans le laboratoire de M. Chauffard.

L'appendice a été débité en coupes, par M. le Dr Landel : aucune trace d'ulcération, la muqueuse est partout normale et les follicules clos ne paraissent pas tuméfiés. »

Cette observation présente, comme on le voit, cliniquement le tableau net et complet d'une appendicite vulgaire avec péritonite localisée, et cependant l'opération a prouvé

qu'il n'y avait que des lésions cæcales, l'examen microscopique et bactériologique n'a rien trouvé du côté de l'appendice.

Il semble bien que le cæcum ne manifeste pas par lui-même lorsqu'il est malade, c'est l'appendice qui répond pour lui : d'ailleurs nous pouvons encore citer ici un passage du remarquable article de Jalaguier.

« Il semble que, dans quelques cas, les accidents soient simplement le fait d'une congestion active ou passive de l'appendice. J'ai opéré un jeune homme de seize ans qui avait subi plusieurs crises franches d'appendicite légère imputables constamment à un encombrement cæcal : l'appendice énorme, très vasculaire, avec des artères et des veines en quelque sorte variqueuses, était libre dans le péritoine, et les crises aiguës n'avaient laissé à sa surface que des traces insignifiantes. Depuis l'opération qui date maintenant de près de deux ans, il ne s'est produit le moindre accident. L'appendice n'était pas oblitéré et l'examen histologique et bactériologique n'a rien révélé d'anormal. Il semble que les accidents d'appendicite aient été surtout d'ordre congestif et provoqués par la stase des matières dans le cæcum. Il y avait cependant sur le cæcum près de l'insertion appendiculaire, une néoformation séreuse, très ancienne, et qui était le stigmate d'une poussée au moins de péritonite antérieure (1). »

Donc encore ici, nous voyons une typhlité vraie se manifester par des signes cliniques d'appendicite, aucun signe ne pouvant les distinguer l'une de l'autre.

(1) JALAGUIER, Art. Appendicite in *Traité de chirurgie*.

La cause de cette similitude symptomatologique réside dans ce fait que, dans l'un et l'autre cas, c'est le péritoine qui réagit : l'organe malade ne fournit de lui-même qu'un seul symptôme, la douleur : on conçoit qu'il est difficile de localiser la douleur au cæcum ou à l'appendice, le point de Mac Burney doit rester sensiblement le même dans les deux cas. D'ailleurs on admet que ce point correspond à l'insertion de l'appendice sur le cæcum, il est situé théoriquement à cheval sur les deux.

Le début de la typhlite est brusque ou progressif : il peut être brusque si elle est consécutive à une maladie infectieuse telle que la grippe : si, au contraire, elle est consécutive à des affections intestinales, elle est précédée de troubles intestinaux, phénomènes de colite muco-membraneuse, débâcles diarrhéiques, périodes de constipation. Jules Simon a insisté dans une de ses cliniques sur la constipation prémonitoire (1).

Quoi qu'il en soit, le malade ressent de la douleur dans la fosse iliaque droite, douleur d'abord sourde puis bientôt déchirante, et à mesure qu'elle devient plus aiguë elle tend à devenir moins diffuse et bientôt elle se localise au point de Mac Burney, c'est-à-dire sur une ligne qui unirait l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'ombilic et à peu près à égale distance de ces deux points de repère : quelquefois ce point se trouve situé un peu au-dessus. Cette localisation n'est que la localisation du maximum de la douleur, car tout autour dans la fosse iliaque droite et même jusque dans l'hypochondre droit la palpation est douloureuse et fait contracter les muscles de la paroi.

(1) JULES SIMON, *Bulletin médical*, 1891.

Cette contracture qui existe même en dehors de la palpation, fait que le ventre paraît excavé, dur, pendant les premières heures, mais bientôt il se ballonne à mesure que la péritonite s'établit. En même temps apparaissent la plupart du temps des vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux ou bilieux ; quelques auteurs les considèrent en rapport avec l'intensité des lésions et surtout avec leur propagation au tissu cellulaire rétro-cæcal.

Le facies se grippe, le pouls est petit et rapide, il y a de la fièvre. La température est en général peu élevée : quand elle existe seule avec la douleur, elle est suffisante pour faire diagnostiquer une lésion cæcale ou appendiculaire. Comme nous le verrons tout à l'heure, il y a discordance du pouls et de la température dans les grandes infections péritonéales d'emblée : température basse et pouls rapide et état syncopal.

La typhlite peut rester simple, ou du moins peut ne pas envahir l'appendice si celui-ci est enlevé à temps, comme nous venons de le voir dans l'observation de MM. Quénu et Cavasse.

En général il y a arrêt des matières et des gaz et on peut quelquefois sentir à la palpation dans la fosse iliaque droite une tumeur allongée en boudin, répondant au cæcum engoué, tels que la décrivaient les anciens auteurs ; le fait est rare, car ce qui donne la plupart du temps la sensation de tumeur, ce sont les paquets d'adhérences avec exsudats, produits par la péritonite péri-cæcale et péri-appendiculaire.

La typhlite peut-elle engendrer l'appendicite simple, la forme qui répond à la colique appendiculaire de Talamon ?

L'hypothèse est soutenable, les follicules clos du cæcum comme ceux de l'appendice peuvent présenter des altérations simples sans grandes manifestations péritonéales, avec des signes de péritonisme plutôt qu'avec de la péritonite vraie ; cependant nous n'apportons pas d'observation à l'appui de cette hypothèse, car quand on opère une appendicite de cette forme, on n'a pas l'occasion d'examiner la paroi du cæcum.

Cependant nous ferons remarquer que, dans le cas de Jalaguier que nous citons plus haut, et sur lequel on peut peut-être mettre l'étiquette de colique appendiculaire, si toutefois on peut encore employer ce terme déchu, il signale une néoformation séreuse sur le cæcum lui-même, stigmaté d'une poussée de péritonite péri-cæcale, ce qui tiendrait à prouver que c'est à lui qu'il faudrait rapporter l'origine de cette appendicite.

Cette réserve faite la typhlo-appendicite une fois établie peut évoluer de deux façons, soit qu'elle provoque une péritonite circonscrite répondant à la pérityphlite des anciens auteurs, soit qu'elle provoque une péritonite généralisée soit d'emblée, soit consécutivement à la pérityphlite.

La pérityphlite circonscrite peut elle-même être plastique ou suppurée.

A vrai dire, ces deux formes n'en font qu'une, la première n'existant pas sans pus, en petite quantité il est vrai, mais on en trouve toujours ; mais dans ce cas il se résorbe et quand on opère le malade à froid on n'en trouve plus que des vestiges sous forme de petits grumeaux blanchâtres accolés à l'intestin et aux adhérences ; dans le

second cas, la collection purulente augmente et s'évacue dans un viscère quelconque ou dans le péritoine.

Les symptômes sont sensiblement les mêmes dans les deux formes pendant les 8 premiers jours environ.

Le ventre reste ballonné pendant quelques jours, puis peu à peu il diminue de volume et alors la palpation permet de sentir dans la fosse iliaque droite une sorte de gâteau ordinairement arrondi, dur ou d'autres fois donnant la sensation d'empâtement, parfaitement délimitable, pouvant atteindre la grosseur du poing, douloureux à la pression, mais surtout dans la région correspondant à l'appendice.

La fosse iliaque gauche est ordinairement souple et indolore, la région ombilicale est souvent un peu douloureuse.

Dans l'intervalle des examens, le plastron abdominal peut être absolument indolore ; le malade ne ressent sa présence que quand il veut se tourner dans son lit ou s'asseoir, alors les muscles de la paroi en se contractant appuient sur le foyer et provoquent de la douleur.

Peu à peu les selles reviennent, puis les gaz, mais ces derniers en général plus tardivement : ils sont d'un heureux pronostic.

La langue est sèche et blanche, la soif est vive, la température reste à 38°, 39° et même un peu au-dessus, avec des légères rémissions matinales, le pouls est rapide : dans les cas heureux il concorde avec la température.

Au bout de 7 à 8 jours, quand la pérityphlite reste plastique, il se produit une détente dans les phénomènes généraux. La température et le pouls redeviennent nor-

maux, l'appétit revient, et le plastron commence à se résorber.

La zone d'empâtement périphérique se résorbe la première, ce qui fait que le gâteau devient de plus en plus net : il diminue peu à peu, mais très lentement, de telle façon que souvent, quand on opère les malades à froid six semaines après, il existe encore une petite induration, mais on ne trouve généralement pas de pus.

Mais cette terminaison heureuse n'est pas la règle ; la pérityphlite peut suppurer, ou plus exactement peut provoquer une collection purulente n'ayant aucune tendance à se résorber.

Cette suppuration est annoncée par une accentuation des phénomènes généraux, ce sont eux surtout dans les huit premiers jours de la maladie qui peuvent faire faire le pronostic. Le facies reste grippé, la fièvre est élevée avec des grandes oscillations, le pouls est petit, il est quelquefois lent, discordant ainsi avec la température ; la soif est très vive et la langue extrêmement sèche ; quelquefois le malade a des frissons.

Localement l'empâtement est plus diffus autour du plastron et au centre on peut sentir quelquefois de la fluctuation : la palpation est très douloureuse. Le toucher rectal peut faire sentir également de la fluctuation, quand la collection est très profonde.

Enfin on a signalé de l'œdème de la paroi et de la dilatation des veinules sous-cutanées.

Rarement on a vu la peau rougir à moins que la collection ne tende à s'ouvrir à l'extérieur, ce qui est exceptionnel.

En effet, vers le 15^e jour après une période de symptômes généraux qui n'ont aucune tendance à céder, la collection s'évacue soit dans un viscère, le plus souvent dans le cæcum, ce qui est une terminaison heureuse, et la fréquence de cette ouverture dans le cæcum s'explique par ce fait que la paroi cæcale malade depuis longtemps offre moins de résistance que les parois de l'intestin grêle ou de la vessie ou du rectum, dans lesquels la collection peut aussi quelquefois se vider, mais beaucoup plus rarement.

L'abcès peut alors se vider complètement et le malade guérir, mais c'est exceptionnel.

Dans un bon nombre de cas le malade peut mourir d'infection générale, ou alors l'abcès s'ouvre dans la grande cavité péritonéale et le tableau change, nous sommes en présence d'une péritonite généralisée que nous allons maintenant étudier.

La péritonite généralisée peut provenir en effet de l'ouverture d'un abcès péri-cæcal dans la grande cavité, mais elle peut être aussi provoquée par une propagation de l'infection à la suite de poussées successives suivant une évolution centrifuge. D'autres fois, la péritonite peut être généralisée d'emblée et alors elle résulte de la perforation gangréneuse du cæcum dont nous rapportons un exemple plus loin.

Quand la péritonite succède à une appendicite déjà déclarée depuis longtemps, l'évolution peut se faire de deux manières : ou bien depuis quelques jours les lésions ont eu l'air de se refroidir, la maladie semblait vouloir guérir simplement, ou bien l'abcès était devenu de plus en

plus tendu, provoquant des douleurs de plus en plus intenses, la fièvre augmentait chaque jour et semblait ne vouloir pas céder, la maladie, au lieu de paraître s'acheminer vers la guérison comme tout à l'heure, semble s'aggraver singulièrement. Dans le premier cas lorsque la péritonite se déclare, l'état du malade empire brusquement, la fièvre se réveille, les nausées, les vomissements réapparaissent, il survient du hoquet; le ventre se ballonne et devient douloureux, le facies se grippe. Quelquefois, il y a une douleur violente comme une douleur de coup de pied de cheval par exemple et état syncopal. Dans le deuxième cas, il semble y avoir au contraire une détente, détente analogue à toutes celles qui suivent les ouvertures d'abcès en général; mais le facies est grippé, la température a baissé, il est vrai, mais le pouls est petit et accéléré, et cette amélioration apparente dure peu, le ventre se ballonne bientôt, devient douloureux, les nausées, les vomissements, le hoquet apparaissent et les symptômes de péritonite généralisée apparaissent nettement comme plus haut.

Quand la péritonite généralisée s'établit d'emblée, elle peut encore présenter deux modes d'évolution, elle peut débiter insidieusement ou brusquement.

Dans le premier cas le début est celui de l'appendicite ordinaire et ce n'est qu'au bout de 24 à 48 heures environ que le facies se grippe, devient plombé, les hoquets s'ajoutent aux vomissements, les douleurs abdominales sont intenses et généralisées avec maximum à droite, la contracture de la paroi est très marquée quand on veut palper le malade, enfin un symptôme capital c'est la discor-

dance entre le pouls qui est petit et accéléré et la température qui reste basse, malgré cet état général alarmant.

Dans le deuxième cas le début est brusque, c'est un coup de foudre : le malade est pris brusquement d'une douleur foudroyante dans la fosse iliaque droite, douleur en coup de pistolet (Roux), analogue à la douleur qui est causée par une perforation consécutive à un traumatisme ; le facies est fortement grippé, les extrémités se refroidissent et la mort survient rapidement, au bout de 2 à 5 jours, c'est la forme hyperseptique décrite par Jalaguier, septicémie péritonéale foudroyante que la laparotomie est la plupart du temps impuissante à enrayer.

Dans ces dernières formes de péritonite généralisée d'emblée les troubles fonctionnels sont en général un peu dissemblables et il n'est pas rare de voir de la diarrhée, quelquefois le début rappelle celui d'une indigestion.

Dans les cas de péritonite purulente ordinaire, il y a ordinairement arrêt complet des matières et des gaz, et quand on ne pense pas à explorer spécialement la fosse iliaque droite, on pense à une occlusion intestinale. Dans cette forme qui peut guérir, si on intervient à temps, mais qui abandonnée à elle-même, est fatalement mortelle quoiqu'on ait signalé des guérisons par localisation de l'inflammation péritonéale, la mort arrive au bout de 8 à 10 jours environ dans le coma, presque toujours la température devient hypothermique vers la fin.

Il nous reste maintenant, pour passer en revue toutes les formes d'appendicite, à parler de l'appendicite chronique : ici nous aurons en vue l'appendicite subaiguë et non l'appendicite à rechutes qui n'est pas à proprement parler

chronique, ou du moins cliniquement, puisqu'entre les crises aucun signe clinique ne subsiste.

Nous voulons parler ici seulement de cet état appendiculaire subaigu caractérisé localement par une douleur persistante dans la fosse iliaque droite, douleur rarement spontanée, mais provoquée par un mouvement, une respiration accélérée, la course, les efforts, la pression. Cette douleur est le seul signe local de la maladie, mais il y a des troubles fonctionnels très marqués ; des troubles digestifs, constipation avec alternatives de diarrhée, coliques, symptômes de colite muco-membraneuse, ballonnement du ventre, nausées faciles, inappétence, ou appétit conservé avec digestions pénibles.

Cette forme d'appendicite est plus que toutes les autres d'origine cæcale, on la rencontre presque uniquement chez des malades porteurs depuis longtemps d'entérite simple chronique ou d'entérite muco-membraneuse, la folliculite appendiculaire résulte de la propagation à l'appendice des folliculites cæcales ; M. Bazy en rapporte tout dernièrement un cas à la *Société de chirurgie* (1), absolument probant pour lui : en ouvrant le ventre, l'épiploon s'est présenté tout d'abord, épaissi et induré sur une hauteur de 10 à 12 centimètres environ et 5 à 6 centimètres de large, il était libre par en bas ; en haut, il était adhérent à la partie supérieure du cæcum ; l'appendice plongeait dans le petit bassin, où il était adhérent, et n'adhérait nullement à l'épiploon.

(1) BAZY, Présentation d'un épiploon enflammé. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 11 juillet 1900.

L'appendice était malade de son côté, le cæcum à sa partie supérieure était malade de l'autre.

Les troubles digestifs dans cette forme peuvent parfois être si marqués que l'alimentation devient impossible et que les malades se cachectisent au point de faire penser à un néoplasme de l'estomac. Souvent l'ablation de l'appendice fait cesser ces troubles. M. Walther en a signalé de nombreux exemples ; mais d'autres fois cette opération laisse encore des troubles fonctionnels, le cæcum manifeste son rôle dans la pathogénie de ces accidents d'appendicite chronique.

Pourquoi cette différence qualitative entre les accidents provoqués par les lésions du cæcum et ceux provoqués par les lésions de l'appendice ? Car il faut avouer que le cæcum est beaucoup plus silencieux et que les malades sont souvent soulagés par l'ablation de l'appendice. Peut-être pouvons-nous expliquer ce fait par la destruction des adhérences qu'opère le chirurgien pour libérer l'appendice ; Walther a signalé un cas de hoquet guéri par la destruction de brides qui faisaient adhérer le cæcum au bassin, l'appendice fut enlevé, mais il paraissait sain (1) ; il est donc rationnel d'attribuer aux adhérences une grande partie des accidents.

(1) WALTHER, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 7 février 1900.

CHAPITRE IV

Complications.

Outre les complications amenées par l'ouverture de l'abcès dans les différents viscères du voisinage, l'appendicite peut présenter d'autres complications toutes de nature infectieuses.

Citons l'abcès du foie, causé par pyléphlébite, la veine-porte charriant en quelque sorte l'infection du cæcum et de son appendice vers le foie. Le malade est pris de frissons, la température monte à 40°-41°, et présente de grandes oscillations, il y a de la teinte subictérique des conjonctives et quelquefois de l'ascite. La mort est la terminaison fréquente de cette complication, à moins qu'il ne se fasse pas de suppuration. Dans tous les cas, la chirurgie est impuissante, car l'abcès est rarement collecté.

On a signalé des abcès sous-hépatiques, sus-hépatiques (Jalaguier), des pleurésies droites par propagation de l'infection par les lymphatiques.

Enfin on peut voir toutes sortes de suppurations à distance, abcès du poumon, de la rate, du rein, des parotides, de la péricardite, de l'endocardite, de la méningite etc.... Toutes ces complications dépendent de la dissémination dans l'organisme de l'élément infectieux qui a franchi la barrière formée par le réseau hépatique ; elles peuvent toutes se résumer dans une seule appellation, l'infection purulente.

CHAPITRE V

Diagnostic.

La rapide énumération que nous venons de faire des signes de la typhlo-appendicite montre qu'en somme, ainsi que nous l'avons dit plus haut, le diagnostic différera peu de celui de l'appendicite simple.

S'il existe simplement de la douleur abdominale plus ou moins localisée à la fosse iliaque droite, on pourra croire à une crise de colique néphrétique ou de colique hépatique, à la présence d'une hernie douloureuse, à une occlusion intestinale. Toutes ces affections évoluent d'ordinaire sans fièvre : la folliculite intestinale ou appendiculaire s'accompagne d'une élévation de température.

Les douleurs hystériques avec ou sans tuméfaction (fausse tumeur abdominale) sont assez rares pour qu'on ne pose ce diagnostic qu'après un examen consciencieux et répété.

Le diagnostic sera plus délicat lorsqu'il existera une collection péri-cæcale. Dans ce cas, suivant que l'abcès siègera haut ou bas, on pourra le confondre avec la cholécystite suppurée, le phlegmon péri-néphrétique, la psoïtis, les affections suppuratives des annexes.

Il sera quelquefois très difficile de reconnaître une cholécystite suppurée. L'absence de tout phénomène hépatique est fréquente et, dans ce cas, c'est seulement par le siège

de la tumeur, par l'étude de ses connexions avec le foie, par ce fait qu'il vaut mieux conclure à la règle qu'à l'exception (le cæcum se trouvant rarement à la face inférieure du foie) que l'on pourra faire le diagnostic.

Le phlegmon périnéphrétique sera reconnu facilement lorsqu'il existera des antécédents rénaux. On y pensera également dans les cas de maladie générale à manifestations pyohémiques dans lesquelles on verra apparaître rapidement une collection abdominale profonde. La percussion permet souvent de voir qu'il existe en avant de la tumeur une zone de sonorité correspondant à l'intestin. Mais il faut bien savoir aussi que le phlegmon périnéphrétique peut se développer par propagation d'une inflammation de voisinage et que, dans les cas de para-appendicite avec collection sous-péritonéale, le tissu cellulaire de la fosse iliaque communiquant largement avec l'atmosphère celluleuse du rein, il peut se produire une suppuration péri-rénale de cause cæcale ou appendiculaire.

La psoïtis est une maladie qui tend de plus en plus à disparaître des ouvrages classiques en tant qu'affection primitive. Nous savons maintenant que c'est presque toujours par propagation que se fera la suppuration du psoas et que la cause la plus fréquente de la psoïtis sera en haut une inflammation rénale, en bas une appendicite.

Il faut ajouter que quelquefois une appendicite ou une typhlo-appendicite peut déterminer par une irradiation douloureuse une flexion de la cuisse sur le bassin et une radiation en dehors qui simulent la psoïtis.

Les affections annexielles enfin sont bien difficiles à distinguer de l'appendicite, lorsque celle-ci plonge dans le

bassin, lorsqu'il existe une volumineuse collection salpingienne pointant vers la fosse iliaque, lorsqu'enfin il s'établit des adhérences entre l'appendice et la trompe. Le toucher vaginal permettra souvent de reconnaître l'erreur. Mais en somme il sera le plus souvent possible de dire que la collection abdominale vient de l'intestin et non pas de l'appareil uro-génital ; mais il sera facile de dire si l'appendice est seul en cause, ou si, en même temps, le cæcum est envahi par l'infection microbienne.

Les troubles intestinaux tels que diarrhée simple et sanguinolente, élimination de débris muqueux, pus dans les selles, sont en faveur d'une lésion cæcale, de même la présence d'un boudin placé verticalement et remontant souvent vers les fausses côtes ; de même enfin la présence d'une douleur située plus haut que le point classique de Mac Burney.

Mais cependant nous savons que l'appendice peut être en position haute, soit qu'il remonte sur l'un des côtés du cæcum, soit que, par une disposition congénitale assez fréquente, il ne soit pas descendu dans la fosse iliaque. On ne pourra donc qu'établir une hypothèse sur des bases extrêmement fragiles. Il en sera de même lorsqu'une collection haut placée entourera le cæcum ou l'appendice. Seule l'intervention permettra de juger quelle est la lésion primitive.

Il est cependant un diagnostic qu'il importe de pouvoir poser pour ne pas s'exposer à des mécomptes au moment de l'intervention. C'est celui de la péritonite tuberculeuse enkystée péri-appendiculaire ou péri-cæcale. Elle évolue d'ordinaire lentement, sans grand fracas, s'accompagne

d'un amaigrissement rapide et quelquefois de manifestations pulmonaires.

Enfin le diagnostic de la nature de la lésion ne sera pas toujours évident. S'il est facile de reconnaître une simple poussée légère correspondant à la folliculite simple, il sera souvent bien difficile de distinguer une collection rétro-cæcale ou inférieure des agglutinations intestinales si fréquentes entre le cæcum et les anses d'intestin grêle.

C'est alors qu'il faut pratiquer un examen soigné ; c'est alors qu'il ne faut pas négliger de pratiquer le toucher rectal qui fera distinguer une collection des brides fibreuses ou des anses intestinales réunies par un magma fibrino-purulent. Ce diagnostic est très important, car c'est dans ces cas, tels que nous en rapportons et tels que nous les avons étudiés à l'anatomie pathologique où il existe de petits abcès séparant les anses agglomérées que l'opération offre le plus de danger. Il faut rompre ces adhérences, cause fréquente d'une occlusion intestinale secondaire, mais comme presque toujours elles s'accompagnent de lésions cæcales, que la paroi intestinale est d'une friabilité toute particulière, cette libération entraînera parfois la perforation de l'intestin. C'est là un fait qu'il faut connaître et qui permettra, lorsqu'on se trouvera en présence d'une typhlo-appendicite adhésive, de formuler les plus grandes réserves sur le résultat de l'intervention ou de prendre les plus grandes précautions pendant cette intervention.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Ce que nous avons dit précédemment montre assez les relations qui existent entre l'appendice et la typhlo-appendicite pour que l'on puisse conclure que le pronostic sera le même dans les deux cas.

En dehors de l'infection péritonéale généralisée, la présence d'un abcès du foie de manifestations pyohémiques sera souvent l'annonce d'une issue rapidement fatale.

On peut voir également, si le foyer est en contact avec les vaisseaux iliaques, un thrombus de la veine iliaque donner lieu à une embolie qui cause la mort subite.

Le pronostic immédiat est donc toujours grave. Mais nous insisterons surtout sur le pronostic lointain de l'affection.

Nous avons montré la fréquence des adhérences entre le cæcum et l'épiploon, entre le cæcum et les anses de l'intestin grêle.

Ces adhérences d'abord molles deviennent fibreuses, se rétractent, enserrant l'intestin et déterminent ainsi un rétrécissement plus ou moins accentué. Ou bien c'est le cæcum lui-même dont l'inflammation épaissira les parois qui deviendront dures, épaisses, rétrécissant le calibre primitif, ne permettant pas la dilatation nécessaire. Un jour se manifestent des accidents d'occlusion dont la cause

est ignorée. Il faudra toujours dans ce cas rechercher dans les antécédents si le malade n'a jamais présenté des troubles appendiculaires ou cæcaux.

Nous concluons en disant que si le pronostic immédiat et lointain de l'appendice s'est modifié à mesure que l'intervention devenait plus hardie ; de même (et nos observations anciennes et récentes le montrent) la guérison sera la règle dans la typhlo-appendicite opérée à temps ou plutôt opérée au moment où elle doit être opérée, puisque nous allons montrer que, plus quel'appendicite encore, la typhlo-appendicite est justifiable de l'intervention à froid lorsque celle-ci sera possible.

CHAPITRE VII

Traitement.

A l'heure actuelle, les chirurgiens sont toujours divisés en deux camps, au point de vue de l'intervention dans l'appendicite, il y a les interventionnistes à chaud, et les interventionnistes à froid. Nous ne discuterons pas la valeur des deux méthodes, mais dans les cas qui nous occupent, l'intervention à froid est l'intervention de choix, l'intervention rationnelle qui permette seule de faire une opération complète mettant le malade absolument à l'abri de suites dangereuses.

D'ailleurs, disons-le tout de suite, il sera toujours, dans tous les cas, difficile et délicat de prendre une détermination, car, comme nous l'avons vu, le diagnostic de la typhlite du début étant très difficile, pour ne pas dire impossible.

Il vaut mieux dans ce cas opérer à froid pour la raison suivante : si vous vous bornez à enlever l'appendice dès les premières heures de la maladie, il se peut que les lésions cæcales passent inaperçues à vos yeux ; la pérityphlite vraie n'aura peut-être pas eu le temps de s'installer et d'attirer l'attention du côté du cæcum. Quand on opère dès les premiers symptômes d'une crise appendiculaire on enlève simplement l'appendice et on a la conscience tranquille, mais rien ne vous dit, si le cæcum est malade,

que ses lésions ne vont pas continuer à évoluer ; rien ne prouve qu'il n'y a pas là, sur la muqueuse cæcale quelque ulcération qui pourra produire plus tard une perforation, et vous forcera à rouvrir le ventre de votre malade une seconde fois.

Donc nous croyons qu'il faut mieux instituer un traitement (glace, opium, diète, immobilité) sur lequel nous n'insisterons pas, renvoyant pour le détail au remarquable chapitre de Jalaguier dans le *Traité de chirurgie*, et laisser refroidir les lésions.

La pérityphlite fait des adhérences tout autour du cæcum et de son appendice, adhérences qui seront une barrière défensive contre le foyer infectieux, qui empêcheront la grande cavité péritonéale de s'infecter, qui limiteront le flot infectieux en cas de perforation du cæcum ou de l'appendice.

L'opération à froid permettra de parer à toutes les éventualités, de traiter à la fois le cæcum et l'appendice. Si le foyer est suppuré, il vaudra mieux faire l'incision de Roux ; si on croit ne pas trouver de pus l'incision de Max Schuller et de Jalaguier le long du bord externe du droit sera préférable, elle donne plus de jour par en haut du côté du cæcum.

Cependant, dans bien des cas, que l'opération soit faite à chaud ou à froid, l'incision de Roux à un centimètre en avant de l'épine iliaque, mi-partie au-dessus, mi-partie au-dessous de cette épine, peut faire découvrir plus facilement des perforations cæcales qui se font presque toujours en arrière en dehors ; et, pour notre compte, nous avons vu quelquefois la suture de ces perforations du cæ-

cum à sa portion postéro-externe être pratiquée avec beaucoup de difficulté avec l'incision de Jalaguier : l'incision de Roux permet d'aborder ces lésions de champ et beaucoup plus facilement. Il est vrai que la section des muscles favorise plus tard l'éventration.

Quoi qu'il en soit, les adhérences péri-appendiculaires et péri-cæcales sont décollées avec douceur, on réséquera l'appendice après l'avoir lié, on enfouira le moignon dans un pli du cæcum qu'on fermera par un surjet de catgut fin à la Lambert.

S'il y a des surfaces dénudées sur le cæcum, qui saignent par suite du décollement des adhérences, on les enfouira aussi sous un surjet à la Lambert : les points où il y aura des traces d'abcès anciens seront touchés au thermo-cautère. Les perforations du cæcum seront suturées soigneusement : pour plus de sécurité, nous croyons qu'il faut les fermer d'abord par un surjet au catgut n° 1 ou 2 prenant les trois tuniques en masse et ensuite placer dessus un autre surjet de sûreté à la Lambert avec de la soie fine ; dans ces cas il faudra drainer avec un drain en caoutchouc moyen et rigide : on interposera entre le drain et l'intestin une petite mèche de gaze qu'on retirera au bout de 48 heures : le drain sera coupé au fur et à mesure qu'il sera repoussé et enlevé au bout d'environ 5 ou 6 jours, quand il n'y aura plus de sécrétion et qu'on pensera que la suture sera solide.

Nous n'avons ici en vue que le traitement particulier du cæcum et nous ne parlerons pas du traitement des différentes formes d'appendicite, de la péritonite généralisée, de l'abcès appendiculaire, cela n'a pas d'intérêt pour le

cas qui nous occupe et nous ne ferions que répéter ce qu'ont dit les auteurs qui ont traité ce sujet.

Nous renvoyons pour ces points de détails à l'article de Jalaguier et à la thèse de Ferron (1900).

Nous terminerons ce chapitre de traitement par un extrait d'une communication de M. Quénu à la *Société de Chirurgie*, à propos des para-appendicites, extrait qui résume le but pratique de ce travail.

« Il ne faut pas qu'en présence de lésions graves et étendues du péritoine, le chirurgien se contente d'enlever un appendice, si l'aspect de cet appendice à peine vascularisé, à peine un peu gros, explique mal l'étendue, les caractères et l'évolution du foyer ; il faut inspecter la région para-appendiculaire, le fond du cæcum et particulièrement la terminaison de l'intestin grêle, s'assurer qu'il n'existe pas de perforation, boucher les trous s'il en existe, et après avoir asséché tout le foyer sans lavage aucun, en assurer la large évacuation par un drainage avec des drains et non avec un paquet de gaze qui bouchent et ne drainent pas. C'est l'importance pratique qui s'attache à une telle conduite chirurgicale qui nous a engagé à faire connaître les faits dont nous avons été témoin (1). »

(1) QUÉNU, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 24 janvier 1900.

OBSERVATIONS

Obs. I (1) (personnelle). — *Appendicite avec large perforation du cæcum.*

Pauline J..., 17 ans, domestique, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service du Dr Bazy, le 22 juin 1900, avec des symptômes nets d'appendicite.

On ne trouve rien de particulier dans ses antécédents, elle n'avait jamais été malade quand elle fut prise subitement il y a deux jours de violentes douleurs dans le côté droit de l'abdomen, la forçant à garder le lit. En même temps apparaissait un état général inquiétant, de la fièvre, de l'angoisse respiratoire, des sueurs et des vomissements.

Lors de son entrée dans le service elle a le facies un peu grippé, pâle ; la langue est sèche, la malade est agitée et se plaint de la soif : quand on l'interroge, elle répond qu'elle souffre dans le côté droit du ventre.

A l'examen, on constate que le ventre est tendu, un peu ballonné, il y a de la résistance de la paroi.

Il y a un point douloureux très net au point de Mac Burney, et de l'hyperesthésie cutanée à cet endroit ; la palpation fait sentir un peu d'empâtement en cette région.

La température est à 38°5, le pouls à 120.

TRAITEMENT. — Immobilité, glace, opium et diète.

Les jours suivants, la malade s'améliore rapidement comme état général ; la température reste trois jours entre 38° et 39°, puis descend rapidement à 37°. Cependant elle monte à 39° brusquement le

(1) Recueillie par M. DESCHAMPS, interne du service.

soir du cinquième jour de l'entrée à l'hôpital et redescend brusquement le lendemain à la normale qu'elle ne quitte plus.

En même temps le pouls revient également à la normale, les vomissements cessent, la malade dort bien et demande à manger avec insistance.

Localement l'empâtement se dessine de jour en jour plus nettement, on sent alors au niveau de l'appendice un gros gâteau de la grosseur d'une orange, douloureux à la pression, un peu fluctuant à la palpation profonde.

Ce gâteau ne résorbant pas au bout de 3 semaines, M. Bazy opère la malade le 12 juillet.

OPÉRATION. — On fait l'incision de Jalaguier sur le bord externe du grand droit de l'abdomen, et celui-ci ouvert on trouve l'épiploon très adhérent à la paroi, on décolle ces adhérences, et au cours de ce décollement apparaît un flot de pus épais d'odeur fécaloïde.

Le doigt arrive dans le foyer de l'abcès qui se trouve en dehors et en arrière du cæcum.

Au milieu de ce foyer on trouve l'appendice à moitié détruit et réduit à un moignon très court adhérent au fond de la cavité : on le résèque et on s'aperçoit qu'il existe une large perforation du cæcum au niveau de sa paroi postérieure, perforation qui permet l'introduction de l'index dans le cæcum.

On suture cette perforation avec du catgut n° 2 et dans la suture, on encapuchonne l'appendice réséqué et touché au thermo-cautère. Par-dessus cette suture en masse de la tranche intestinale on met encore un surjet de sûreté au catgut n° 1.

On met un drain et une mèche de gaze, et on referme la paroi par trois plans : 2 surjets au catgut sur le péritoine et l'aponévrose du grand droit, crins de Florence sur la peau. Pansement aseptique.

La mèche est enveloppée 48 heures après l'opération, le drain est laissé en place, les fils sont enlevés au bout de 12 jours. Le drain n'est supprimé que 3 semaines après : la fistule est fermée : la malade quitte l'hôpital guérie le 14 août 1900 avec une ceinture abdominale protégeant sa cicatrice.

La rapidité de l'évolution des accidents chez cette malade montre bien que le cæcum et l'appendice ont été pris presque en même temps : la perforation du cæcum n'a pu se faire de dehors en dedans, il s'est écoulé trop peu de temps entre le début des accidents et les symptômes de suppuration. Certainement cette rapidité ne peut s'expliquer que par un processus infectieux envahissant d'emblée et à la fois le cæcum et son appendice qui ont été détruits simultanément.

Obs. II (1) (personnelle). — *Appendicite avec lésions du cæcum.*

Le nommé Achille D..., employé de chemin de fer entre à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin, lit n° 14 bis, le 12 juillet 1900, dans le service du Dr Bazy, pour une crise appendiculaire.

Sa première crise remonte au mois de février 1900 ; il raconte qu'il a eu des coliques violentes pendant 24 heures, quelques vomissements alimentaires, un peu de fièvre : il n'a gardé le lit que huit jours.

Le 27 juin dernier, nouvelle crise. Après le repas de midi, le malade ressent vers 2 heures, de la pesanteur à l'épigastre et des douleurs abdominales sourdes, erratiques. Il lui semble qu'il va avoir une indigestion : il n'avait pas à ce moment de sensations fébriles. Vers 4 heures, les douleurs augmentent d'intensité, sans localisation précise. Il survient des nausées fréquentes et le malade est obligé de quitter l'atelier pour rentrer chez lui. Il gagne péniblement son domicile et arrivé chez lui, il est pris de vomissements abondants, alimentaires, et les douleurs se calment aussitôt. Mais après une accalmie d'un quart d'heure, il est pris d'une douleur très violente, atroce, dit-il, dans la fosse iliaque droite, accompagnée de sueurs froides et entraînant un état syncopal.

Cet état dure environ 20 minutes, puis la douleur, bien que toujours très intense devient supportable. Un médecin appelé à ce moment, ne trouve pas de température, ordonne le repos au lit

(1) Recueillie par M. ABRAMI, externe des hôpitaux.

avec de la glace sur le ventre et fait une piqûre de morphine. L'abdomen est ballonné, douloureux, il y a arrêt des matières et des gaz : le malade a des envies fréquentes qu'il ne peut satisfaire : tout mouvement est impossible. Cet état dure pendant 4 jours, au bout desquels la douleur cesse, l'intestin et la vessie fonctionnent de nouveau.

Après une convalescence de 15 jours, sur les conseils de son médecin, il entre à l'hôpital pour se faire enlever son appendice, et à son entrée voici ce que l'on constate. Il reste dans la fosse iliaque droite de la sensibilité à la pression et pendant la marche ; la percussion révèle un peu de submatité à trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque. La palpation fait constater une sorte de bourrelet superficiel, dur, fuyant sous le doigt, douloureux, qui semble être l'appendice malade.

OPÉRATION le 30 juillet. — Incision sur le bord externe du grand droit : l'abdomen ouvert, on trouve l'épiploon, et immédiatement derrière un appendice gros, répondant au bourrelet trouvé à la palpation abdominale.

Cet appendice à parois minces, semble surtout malade à sa base où il paraît s'enfoncer un peu dans le cæcum. La paroi du cæcum est considérablement épaissie en dehors de l'orifice appendiculaire et les lésions du cæcum se continuent avec celles de l'appendice.

L'épiploon est adhérent à la paroi cæcale seulement au point où la paroi est épaissie.

On résèque la portion malade du cæcum à laquelle est appendue l'appendice et on suture la perforation au catgut en l'enfouissant.

Fermeture de la paroi en 3 plans. Pansement aseptique.

Sorti guéri le 17 août.

OBS. III (1) (personnelle). — *Appendicite avec perforation du cæcum. — Mort.*

Juliette K..., ménagère, âgée de 50 ans, entre le 13 juin 1900 à l'hôpital Beaujon, salle Hugnier, lit n° 3, dans le service de M. Bazy.

(1) Recueillie par M. DESCHAMPS, interne du service.

Le début de la maladie actuelle remonte à 3 semaines : la malade, qui souffrait du ventre déjà depuis quelques jours, éprouve brusquement une aggravation de ses douleurs : en même temps survient de la fièvre, la constipation habituellement prononcée est absolue : le ventre se ballonne, il y a de l'anorexie, pas de vomissements, pas d'arrêt du gaz. Un médecin appelé, constate la présence d'un point douloureux intense au point de Mac Burney. Il ordonne le repos, le régime lacté et de la glace sur le ventre.

Les choses restent en cet état pendant 4 à 5 jours : la fièvre persiste ; il n'y a toujours pas de vomissements.

On administre des lavements à la malade pour la faire aller à la selle.

Le 5^e jour se produit une rétention d'urine absolue, on doit sonder la malade matin et soir. On supprime la glace que l'on remplace par des sangsues. Injections vaginales chaudes. Cataplasmes sur le ventre.

Le 12 *juin*, le D^r Bazy examine la malade chez elle, et trouve dans la région appendiculaire une collection fluctuante : il décide l'opération pour le lendemain, et on transporte la malade à l'hôpital.

Mais dans la nuit qui précède ce transport, la malade a pris un lavement qui amène une selle très abondante, et à la suite de cette débâcle, elle se trouve très soulagée, la fièvre tombe.

De sorte que, à son entrée dans le service, le ventre est moins douloureux, la collection purulente n'est plus perceptible à la palpation : il est manifeste que l'abcès s'est vidé dans l'intestin. L'opération est différée : on laisse la malade au repos avec de la glace sur le ventre, et à la diète lactée.

On laisse l'appendicite se refroidir pendant 4 semaines, pendant lesquelles la température ne baisse pas franchement et présente des ascensions oscillant autour de 38°.

La température ne baissant pas, M. Bazy opère la malade le 13 juillet. On incise sur une légère parallèle à l'arcade crurale et un peu au-dessus d'elle : on arrive immédiatement sur le cæcum qui est adhérent à la paroi de la fosse iliaque. En le décollant on fait jaillir un flot de pus d'odeur fécaloïde, et on constate qu'il

s'échappe d'une cavité située en arrière et en dehors du cæcum, de la profondeur de l'index environ et de la grosseur d'un haricot. On ne trouve aucun vestige de l'appendice, mais on tombe sur une large perforation du cæcum qui est suturée au catgut. On tamponne à l'eau oxygénée : on place un drain et une mèche de gaze aseptique. Suture de la paroi en 3 plans. La malade meurt le lendemain de l'opération : l'autopsie n'a pu être faite.

OBS. IV (MÉLIER, *Journal général de médecine*, 1827). — *Calculs stercoraux dans l'appendice cæcal ; inflammation de cet appendice ; gangrène du cæcum.*

Un jeune homme de dix-huit ans, d'une forte constitution, tonnelier, éprouvait depuis quelque temps des coliques qui, d'abord assez légères, devinrent ensuite plus intenses. Il souffrait davantage depuis trois jours, lorsque le médecin fut appelé. Celui-ci le trouva dans l'état suivant : douleur vive et continue dans la région iliaque droite, occupant une étendue égale à la paume de la main, et augmentant à la moindre pression ; ventre tendu ; constipation qui avait été précédée d'une diarrhée légère ; hoquets ; vomituritions et ensuite vomissements d'abord d'une bile porracée, puis, au bout de douze heures, de matières stercorales ; aspect de la face et des yeux qui présage le délire ; langue humide, pouls inégal.

Le lendemain, prostration des forces, face altérée ; douleur nulle, météorisme très considérable, pouls très débile, vomissements fréquents de matières stercorales délire tranquille, extrémités froides ; enfin tous les symptômes d'une mort prochaine.

Le malade succombe la nuit suivante.

A l'ouverture du cadavre, on trouve une inflammation de la fin de l'iléon et du commencement du côlon ; le cæcum était frappé de gangrène, et cette altération paraissait avoir commencé vers l'appendice cæcal.

L'appendice lui-même, d'une couleur rouge, présentait un volume plus considérable que dans l'état naturel ; le petit mésentère qui lui adhère était injecté. Cet appendice contenait dans sa cavité plusieurs calculs.

La lésion primitive semble ici avoir frappé le cæcum, tout près de l'orifice appendiculaire, et elle a frappé surtout le cæcum, le malade a succombé avant que l'appendice ait eu le temps de présenter des lésions avancées.

OBS. V (TARDIEU, *Bulletins de la Société anatomique*, 1840).—
Inflammation du cæcum terminée par gangrène.

A l'époque de son âge critique, il y a quinze ans, la femme C..., née C. (Marie-Geneviève), âgée de 63 ans, porteuse de journaux, fut opérée par M. P. Dubois, d'une tumeur carcinomateuse de la glande mammaire du côté gauche. C'est là la seule circonstance importante à noter dans ses antécédents. Parfaitement remise des suites de cette opération, elle a toujours depuis joui d'une excellente santé. Sa constitution était bonne, et elle supportait bien l'excessive fatigue que lui causait son état. Dans les premiers jours du mois de juin 1840, on lui fit prendre, pour un léger embarras gastrique qui ne présentait aucune gravité, 60 grammes de manne. Il paraît que l'effet de ce purgatif fut horriblement violent et fatigua la femme C... au point de la laisser véritablement malade. Elle eut de la fièvre, une douleur vive dans les reins, et ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle rendait en grande partie du sang presque pur dans ses garde-robes. Elle avait en même temps une anorexie presque complète. Les digestions ne se faisaient que très péniblement et s'accompagnaient souvent de nausées et de vomissements. Elle resta ainsi chez elle sans être bien régulièrement soignée. Enfin, le 30 juin 1840, elle se décida à entrer à l'hôpital Cochin et fut placée dans le service de M. Blache, au n° 6 de la salle St-Jacques.

Elle s'offre alors à notre examen dans un état d'affaiblissement très marqué.

L'hémorrhagie intestinale, qui se renouvelle chaque jour depuis trois semaines, dure encore. Le ventre est tendu et très douloureux dans le flanc droit. A travers les parois de l'abdomen, on sent dans cette région une tumeur volumineuse mal circonscrite.

La percussion ne donne pas sur sa forme et ses limites d'indications bien précises. En effet, les parois abdominales sont épaissies par une infiltration qui altère et dénature le son. Il est difficile de dire s'il existe un intervalle libre entre le foie et la tumeur. Le pouls est faible et misérable ; la langue sale et médiocrement humide, la peau sèche. Les extrémités inférieures sont légèrement infiltrées. L'auscultation ne révèle absolument aucun trouble dans les organes respiratoires, non plus qu'au cœur. Il est impossible, après s'être enquis des antécédents de la malade, de ne pas rester frappé de la circonstance si grave qui avait marqué pour elle l'âge de retour. Et, bien que la cicatrice qui existait au sein fût parfaitement intacte, que la peau à ce niveau fût souple, fine et mobile sur les parties sous-jacentes ; bien qu'enfin, on ne fût pas sans surprise de voir que, pendant quinze ans, la femme C... eût paru délivrée d'un mal aussi affreux et aussi redoutable que le cancer, on restait toujours préoccupé de l'idée, si probable, d'une récurrence sur quelqu'organe interne. Et c'est dans ce sens que fut dirigé tout examen ultérieur, et que se portèrent le diagnostic et le pronostic. Le doigt porté dans le rectum, et aussi haut que l'on peut atteindre, ne rencontre aucune altération. Il y a seulement une dilatation énorme de l'ampoule qui existe au-dessus de l'anus. Le toucher par le vagin donne la certitude que le col est tout à fait normal. Il n'y a aucun déplacement de l'utérus.

Les urines sont normales en tous points et d'ailleurs assez rares.

La marche que suivit la maladie depuis le premier jour de notre observation fut singulièrement propre à confirmer notre diagnostic qui se résumait, bien qu'avec quelque hésitation, en une affection carcinomateuse, de quelque viscère, peut-être du foie.

L'écoulement de sang par l'anus ayant cédé promptement à des lavements froids, les selles redeviennent, pendant les premiers jours, assez rares. A une constipation plus ou moins durable succédaient des garde-robes presque liquides qui ne tardaient pas à s'arrêter de nouveau.

L'infiltration des membres inférieurs, peu marquée du côté gau-

che prend à droite un accroissement énorme. Le ventre se développe aussi peu à peu ; l'œdème des parois abdominales est surtout considérable à droite où il forme une tumeur saillante qui correspond à celle que l'on sent dans l'intérieur de l'abdomen. Cet état dura pendant six jours durant lesquels la santé générale n'est pas sensiblement troublée. La malade ne souffre que lorsqu'on explore la région iliaque droite. Le poulx, quoique faible, ne se déprime pas trop ; enfin, il semble, à part le développement que prend l'anasarque, qu'il y ait un peu d'amélioration.

Mais bientôt les traits de la face s'altèrent ; le poulx tout à fait ; la diarrhée devient continue ; le ballonnement de ventre augmente ; la tumeur ne présente pas plus de volume, mais elle est presque complètement indolente ; la peau prend une teinte cadavérique.

Après quelques vomissements survient un hoquet que rien ne peut calmer.

C'est là le dernier signe de cet affaiblissement général, où toutes fonctions semblent s'éteindre à la fois. La mort arrive en effet le 12 juillet, vers midi, dans la sixième semaine de la maladie et le treizième jour depuis l'entrée de la malade à l'hôpital.

AUTOPSIE le 13 juillet à 7 heures du matin. Le tissu cellulaire sous-cutané du membre inférieur droit œdématié présente une épaisseur de 65 millimètres, sur la partie abdominale, au point où existe la plus grande saillie, l'épaisseur est de 58 millimètres ; mais outre la sérosité qui infiltre les muscles en cet endroit, on trouve des traces de pus.

La cavité abdominale est ouverte, et alors on découvre qu'au niveau de l'endroit où on sentait une tumeur, existent de nombreuses adhérences et une intrication des divers organes. Ce n'est qu'avec des précautions et des soins infinis que l'on parvient à démêler les éléments très complexes qui entrent dans la composition de cette tumeur. Il importe de décrire successivement l'aspect extérieur et intérieur de ces parties.

Le cæcum en occupe le centre : plusieurs points de ses tuniques sont ulcérés et perforés, et il est facile de voir que c'est autour de ces perforations que se sont formées les adhérences multiples qui

l'unissent : 1^o en avant et en dehors à la paroi abdominale : une inflammation des plus fortes, mais très circonscrite se remarque sur le péritoine pariétal ; les différents plans musculaires participent, d'une manière graduellement décroissante de dedans en dehors à cette inflammation adhésive ; 2^o en haut, avec l'extrémité inférieure du rein droit ; 3^o en dedans avec la 4^e portion du duodénum et une anse de la partie supérieure du jéjunum. Autour de ces parties principales, l'épiploon s'est disposé d'une manière irrégulière et qu'il est difficile d'indiquer, car il faut détruire les nombreux biens qui la rattachent à la tumeur pour pénétrer jusqu'à elle. On peut dire seulement en termes généraux, qu'il forme une sorte d'enveloppe aux parties plus profondément situées. Toutes ces parties sont infiltrées d'un pus fétide et verdâtre, et cette infiltration s'étend au loin dans les muscles psoas iliaque, transverse et petit oblique, dans la gaine des vaisseaux et dans le petit bassin.

Après avoir isolé les différents organes agglomérés, et en ouvrant le tube digestif, on voit que l'intestin grêle comme le gros intestin sont sains dans toute leur étendue, et que l'altération porte exclusivement sur le cæcum ; mais dans ce point il est difficile de se faire une idée des désordres que nous allons essayer de décrire. Toute la surface interne est transformée en un détritüs putrilagineux, d'une odeur horriblement fétide. Ces débris se détachent à la moindre traction, et paraissent un composé de tissus putréfiés de matières fécales et de pus, où il est impossible de reconnaître la membrane muqueuse. Cependant on en retrouve encore un lambeau de la largeur d'une pièce de trente sous ; et il est curieux de voir cette espèce d'ilot intact au milieu de la désorganisation des parties voisines, isolé, soulevé sur ses bords et comme éliminé par la suppuration. La cavité du cæcum communique librement avec le reste du tube digestif, et la limite de la lésion dont elle est le siège est parfaitement tracée en haut et en bas. L'anse intestinale, qui passe en dedans de la tumeur, n'y adhère que superficiellement, et aucune communication n'existe entre elle et le cæcum. Il n'y a de perforation qu'en avant et en arrière, et de là épanchement et

infiltration purulente dans les tissus environnants. Tels sont les rapports des différentes parties et les désordres dont ils sont le siège. Mais il faut ajouter, pour rendre exactement l'impression qui naissait au moment même où on les examinait, que leur aspect était, d'une manière frappante, celui de tissus gangrénés ; l'odeur caractéristique qui s'en exhalait rendait le doute impossible.

Les vaisseaux iliaques et hypogastriques (veines et artères) autour desquels s'étendait l'inflammation étaient entourés par un tissu cellulaire induré qui les unissait étroitement les uns aux autres.

Ils étaient complètement oblitérés par un caillot déjà consistant qui commençait au niveau de la veine et de l'artère iliaque primitives du côté droit et se ramifiait dans toutes les branches du même côté.

Tous les autres viscères de l'abdomen et des autres cavités ont été examinés avec le plus grand soin, et dans l'idée que l'on pourrait rencontrer quelque dégénérescence cancéreuse. Nulle part on n'a trouvé la moindre altération de cette nature et, pour être complet, il suffit d'ajouter seulement que le foie est augmenté de volume et a subi dans sa totalité la transformation graisseuse.

Le fait que l'on vient de lire parle assez haut de lui-même, pour qu'il soit inutile d'y ajouter de bien longs commentaires.

Aussi me bornerai-je à appeler l'attention sur quelques points seulement. La maladie, dont l'observation précédente est un exemple, se trouve rarement décrite par les auteurs, qui ont peut-être laissé plus d'une fois passer inaperçus des faits de ce genre. Cela ne doit plus être permis, après l'excellente monographie du professeur Alberts de Bonn, dont nous devons la connaissance à notre collègue M. Pigné. Dans ce mémoire, dont on doit regretter le peu de développement, on voit que la terminaison par gangrène

n'est pas la plus fréquente et qu'elle paraît surtout appartenir à la typhlite stercorale. L'observation que nous avons rapportée devrait donc un incontestable intérêt à sa rareté, si elle n'était pas d'ailleurs si remarquable par les circonstances particulières qui l'accompagnent.

En première ligne, il faut se rappeler cette tumeur cancéreuse enlevée quinze ans avant la mort de la malade, et sur la nature de laquelle on ne pouvait avoir de doute, puisqu'elle avait été reconnue par M. le professeur Dubois. C'est là un fait que l'on ne se décide que difficilement à négliger, quand on songe à la proportion effrayante des récidives de l'affection cancéreuse. Aussi, devait-on s'en préoccuper aveuglément pendant la vie. Mais en face des altérations anatomiques, il était impossible de se méprendre sur leur nature. Quelques personnes ne pouvant se résoudre à voir une opinion reçue et une expérience journalière en défaut, voulaient que les désordres que nous avons décrits dans le cæcum fussent dus à la matière encéphaloïde.

Quelque honorable que soit le respect pour les données de l'expérience, il faut savoir accepter les contradictions et laisser aux faits leur véritable sens. Ici il n'y avait pas à balancer, et j'espère que la description que l'on a lue ne laissera pas plus de doute que n'en permettait l'examen des pièces lui-même. Nul autre organe n'était le siège d'une nouvelle apparition de tissus squirreux ou carcinomateux ; et d'ailleurs le long espace de temps écoulé depuis la première atteinte du mal était encore une présomption en faveur de sa complète destruction.

On peut donc sans crainte enregistrer ce fait comme un

exemple d'ablation de tumeur squirrheuse sans récurrence.

La marche de la maladie a été celle d'une affection aiguë ; mais quand la malade a été pour la première fois soumise à notre observation, l'état d'affaiblissement où elle était et qu'eût expliqué très bien pour des esprits moins prévenus le développement de la gangrène nous fit penser que c'était la dernière période d'une lésion organique dès longtemps formée. Lorsque l'on a été éclairé par l'autopsie cadavérique, on a pu en se rappelant les symptômes qui apparaissaient sous un jour tout nouveau, retrouver très exactement leur véritable enchaînement, leurs rapports directs avec les altérations. Il suffit de lire avec quelque soin leur analyse pour s'en convaincre ; et je crois inutile d'y insister davantage.

OBS. VI (DEPUISAYE, *Bulletins de la Société anatomique*, 1841). —

Abcès de la paroi abdominale survenu à la suite d'une inflammation du cæcum, communiquant avec la cavité de l'intestin, et ouvert à l'extérieur.

Henriette M..., âgée de 16 ans, d'une constitution frêle et délicate, ayant toutes les apparences du tempérament scrofuleux, entra à l'hôtel-Dieu le 23 février, à la salle St-Paul, dans le service de M. Maisonneuve, remplaçant par intérim M. Blandin. Cette jeune fille, qui n'est pas encore réglée, est si peu développée, que nous avons cru un instant qu'elle nous trompait sur son âge. En effet, elle a tout à fait l'aspect d'un enfant de 10 ans. Nous l'avons interrogée avec soin sur l'époque d'invasion de sa maladie. Elle nous a répondu que depuis un an elle éprouvait de temps en temps des coliques assez fortes qui s'accompagnaient de dévoiement. Le médecin qui la soignait lui fit prendre quelques lavements amidonnés, employa les cataplasmes sur l'abdomen, et, sous l'influence de ces légers moyens, les coliques se dissipèrent momentanément

pour revenir ensuite plus fréquentes et plus fortes. Depuis trois mois, la malade s'aperçut de la présence d'une tumeur située au côté droit de l'abdomen, au niveau du rebord des dixième, onzième et douzième côtes, en dehors du bord externe du muscle droit. Cette tumeur avait à peu près le volume du poing ; elle se gonflait dans les efforts de toux et de respiration. Elle s'est développée lentement ; et, comme je l'ai dit, la malade ne fait remonter sa présence qu'à trois mois. Elle ne peut nous dire sous quelle influence elle a paru ; elle nous avoua cependant que sa mère la battait, et c'est d'un coup qu'elle aurait reçu dans cette partie qu'elle attribuerait sa maladie. Quoi qu'il en soit, voici ce que nous avons observé.

La tumeur est arrondie, molle, fait relief au-dessous de la peau, et celle-ci est amincie et luisante. Quand on vient à la presser légèrement dans deux sens opposés, on y sent très manifestement de la fluctuation ; si l'on presse plus fortement, elle se réduit en faisant entendre un bruit de gargouillement analogue à celui que l'on perçoit dans la réduction des tumeurs herniaires. Enfin, quand on la percute, elle rend un son clair, tout à fait semblable au son intestinal. La tumeur se réduit entièrement, et quand elle est ainsi réduite, on sent vers son centre une ouverture qui a à peu près cinq centimètres de diamètre, et dont on circonscrit parfaitement le bord, qui est dur et résistant, et qui paraît formé de fibres aponevrotiques écartées. Au centre de cette première ouverture, on en sent une autre de deux centimètres de diamètre, concentrique à la première, dont le bord est beaucoup moins sensible au toucher. Cette tumeur est assez douloureuse à la pression.

Il est facile de voir, d'après ce que j'ai dit plus haut, combien le diagnostic d'une telle maladie est difficile ; aussi M. Maisonneuve ne s'est-il pas prononcé immédiatement, et a-t-il voulu s'aider des conseils de M. Récamier. En effet, ce pouvait être un abcès de la paroi abdominale fusant sous le péritoine, ou bien s'ouvrant dans le cæcum ou le colon ascendant ; ce pouvait aussi être un abcès compliqué de hernie, ou bien une hernie seule. Avec l'une ou l'autre de ces données, la fluctuation, le gargouillement, la réduction en masse de la tumeur, tout pouvait s'expliquer.

M. Récamier fut d'avis que ce pouvait être une hernie compliquée d'abcès ; aussi conseilla-t-il, puisque la tumeur était réductible, d'y appliquer un bandage, et de chercher à la maintenir réduite. Ce bandage fut appliqué le 26 février ; il consista en une pile de compresses soutenues par un bandage de corps assez fortement serré.

Le médecin qui soignait en ville la malade vint un matin à la visite et nous dit qu'elle avait rendu du pus par les selles, à plusieurs reprises, et en assez grande quantité. Dès lors le diagnostic, sans être fixé, fut beaucoup moins incertain. M. Maisonneuve crut à un abcès développé dans l'épaisseur des parois abdominales qui se serait vidé, soit dans le côlon ascendant, soit dans le cæcum. On verra, quand j'analyserai la pièce pathologique, que ce diagnostic s'est trouvé jusqu'à un certain point vérifié.

1^{er} mars. — Le dévoiement que la malade avait à son entrée continue, elle se plaint de douleurs pendant les mouvements respiratoires. Notre attention se porta alors sur la poitrine. La percussion donne un son mat au sommet des deux poudons, mais la matité est plus grande à gauche qu'à droite ; la respiration se fait à peine entendre des deux côtés ; il y a de la résonnance de la voix, mais je n'ai pas trouvé de gargouillement. En se guidant sur les signes fournis par l'auscultation et la percussion, et sur l'apparence chétive de cette jeune fille, il était facile de conclure qu'une phthisie pulmonaire déjà assez avancée existait chez elle. Cependant elle n'a jamais craché de sang.

Dans le but de remédier aux douleurs de poitrine dont la malade se plaignait. M. Maisonneuve fit appliquer deux sangsues au-dessous de chaque clavicule.

Prescription. — Violette sucrée ; riz avec sirop de coing ; lavement, amidon et pavot, julep avec sirop de morphine, 1 portion.

3. — J'examinai à la visite du soir la malade. Le bandage s'était déplacé et ne contenait plus la tumeur. La peau qui la recouvrait était tendue, amincie et rouge, j'enlevai l'appareil ; je réduisis la tumeur, et quand elle fut réduite, j'observai avec plus de soin que je ne l'avais fait jusqu'ici sa paroi abdominale correspondante ;

elle me parut considérablement amincie ; on ne sentait pas, à la pression, la résistance que l'on éprouvait du côté gauche ; de ce côté, en effet, le muscle droit était contracté, de l'autre, il semblait que les fibres musculaires étaient écartées, et servaient d'enveloppe à la tumeur.

Il est une circonstance qui m'a frappé, c'est que plusieurs fois, à la visite du soir, j'ai trouvé la tumeur beaucoup plus distendue et plus douloureuse à la pression que le matin. Cela tenait probablement aux aliments que la malade avait pris dans la journée.

A dater du 4 au 8 mars la fièvre n'a pas quitté la malade ; dans la journée, dans la nuit, elle éprouvait quelques frissons, dessueurs ; l'appétit a complètement disparu, et la malade s'affaiblit de plus en plus. Nous constatâmes à cette époque la présence d'une caverne au sommet du poumon droit.

Même prescription.

Dans la nuit du 3 au 9 mars, la tumeur s'ouvrit à l'extérieur ; se vida presque complètement et donna issue à une grande quantité de matières fécales ; la malade se sentit soulagée.

L'ouverture extérieure était arrondie, avait à peu près deux centimètres de diamètre ; la peau qui l'avoisinait était en certains points de couleur violacée.

9. — A la visite du matin, on fit sortir encore une grande quantité de matières en pressant légèrement sur le ventre.

On continue la même prescription, en y ajoutant toutefois du vin de Bagnols pour soutenir les forces de la malade.

10. — Les matières continuent à s'écouler en assez grande abondance ; on est obligé de changer la malade plusieurs fois dans la journée.

L'affaiblissement est extrême, l'appétit est nul, le visage commence à s'altérer, les yeux deviennent caves, les narines pulvérolentes, les frissons sont plus fréquents, les sueurs plus considérables, la malade tombe dans le marasme, et succombe le 13 mars à 4 heures du soir.

AUTOPSIE. — *Crâne.* — Le cerveau et ses membranes sont dans l'état le plus normal, durant toute sa maladie la malade a conservé toute son intelligence.

Thorax. — Le thorax est ouvert, le poumon gauche est appliqué contre la colonne vertébrale. Il y a des adhérences très nombreuses entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire. Si l'on incise ce poumon, on rencontre une infinité de tubercules à l'état de crudité semés çà et là dans les parties du poumon restées encore saines ; quand on le presse, il fait entendre une espèce de crépitation. On ne trouve dans aucun point de ce poumon des tubercules ramollis.

Du côté droit, le poumon remplit toute la cavité du thorax ; il est, comme le poumon gauche, parsemé de tubercules ; mais à son sommet il y a une petite excavation ; il est de plus infiltré d'une sérosité sanguinolente. C'est une espèce d'œdème pulmonaire occasionné par la difficulté du passage de l'air à travers le poumon criblé de tubercules. On rencontre de même de ce côté une adhérence de la plèvre costale avec la pulmonaire, et de celle-ci avec le feuillet séreux qui revêt la face supérieure du diaphragme.

Le cœur est très peu développé ; les orifices sont libres et à leur état normal. Il y a dans le ventricule droit, ainsi que dans l'oreillette, des caillots qui présentent un commencement d'organisation. Du côté gauche les cavités sont à leur état normal.

Abdomen. — Pour observer aussi bien que possible les altérations pathologiques, nous avons incisé la peau sur la ligne médiane, et nous l'avons disséquée dans une assez grande étendue du côté droit. A quelques centimètres au delà de la ligne médiane, nous avons pénétré dans un foyer immédiatement situé sous la peau. Ce foyer, qui a environ 8 centimètres de diamètre, présente à peu près, vers sa partie moyenne, une ouverture oblongue circonscrite en dedans par les fibres les plus externes du muscle droit, en haut et en bas par l'aponévrose de ce muscle, qui est resté intact, en dehors par le rebord des dixième, onzième et douzième côtes. Ainsi dans l'étendue de huit centimètres de haut sur dix de large, l'aponévrose du muscle droit, ainsi que celle du grand oblique qui lui adhère, avait été détruite ; il n'en restait aucune trace. Les fibres musculaires du droit antérieur avaient disparu dans toute la hauteur que je viens d'indiquer. Cette ouverture dont je parle, et que

l'on avait sentie pendant la vie, présentait vers son centre une autre ouverture plus petite, qui traversait de part en part la paroi abdominale et qui communiquait avec l'intestin.

Avec quelle partie de l'intestin communiquait-elle ?

Nous avons enlevé tout le côté de la paroi abdominale correspondant avec la tumeur, et en examinant de l'intérieur à l'extérieur, nous avons vu que le côlon ascendant, que le cæcum et que la dernière portion de l'intestin grêle étaient dans ce point adhérents.

Le cæcum nous a paru comme recourbé sur lui-même, de manière à représenter une espèce d'anse intestinale, à laquelle le péritoine était très adhérent, surtout à la partie inférieure. Nous avons incisé sur la ligne médiane cette anse qu'il représentait, et malgré l'épaisseur des parois qu'il nous a fallu traverser, nous sommes arrivés dans la cavité du cæcum. Il nous a semblé que cette partie de l'intestin, d'une part, adhérait par sa face postérieure à la paroi abdominale dans le point correspondant aux ouvertures dont j'ai parlé, de l'autre, par la face antérieure, au péritoine.

La cavité du cæcum était diminuée de calibre ; il était vide, ou plutôt ne contenait que du mucus intestinal, tandis que les portions de l'intestin grêle et du gros intestin voisines du cæcum étaient remplies de matières analogues à celles que la malade rendait par sa fistule. Une sonde introduite par cette cavité pénétrait d'une part dans l'intestin grêle, de l'autre dans le gros intestin ; mais ces communications n'étaient plus aussi larges qu'à l'état normal ; car nous allons voir qu'il ne passait presque plus de matière par le cæcum.

Nous avons incisé l'intestin grêle et le gros intestin jusqu'au niveau des adhérences qu'ils contractaient tous deux avec la paroi abdominale.

On remarquait à la surface interne de l'intestin grêle une espèce de bourrelet fourni évidemment par la membrane muqueuse du cæcum invaginé. Au centre de ce bourrelet était une ouverture qui communiquait avec le cæcum. Par cette même ouverture si l'on introduisait une sonde, on pénétrait dans le gros intestin sans

passer par le cæcum, de sorte que celui-ci était perforé au niveau de l'invagination. Enfin toujours par la même ouverture, la sonde se rendait dans une espèce de poche dont les parois étaient formées d'une part par le péritoine épaissi et adhérent à l'intestin, de l'autre, par le cæcum uni à la paroi abdominale. Au fond de cette poche se trouvait enfin l'ouverture de communication avec l'ouverture qui s'était faite spontanément à la peau.

Ce qu'il y a de remarquable ici c'est que :

1° Le cæcum était invaginé dans l'intestin grêle, que le bourrelet qui formait cette invagination était adhérent d'un côté à la muqueuse de l'intestin grêle, de l'autre libre, et au niveau de cette adhérence, existait une ouverture qui établissait une communication directe entre l'intestin grêle et le côlon ascendant presque sans l'intermédiaire du cæcum.

2° Que la communication normale entre l'intestin grêle et le cæcum existait, mais qu'à raison des adhérences, une sonde de femme pouvait à peine y passer.

3° Qu'en introduisant une sonde par l'intestin grêle on pénétrait dans une poche, et qu'au fond était une ouverture qui communiquait avec l'ouverture extérieure.

Pourquoi maintenant n'y a-t-il pas eu épanchement de matières fécales dans le ventre ? Rien de plus simple : le péritoine épaissi avait contracté des adhérences intimes avec le cæcum, qui lui-même adhérait intimement à la paroi abdominale. Pourquoi maintenant n'y a-t-il pas eu arrêt dans la circulation des fèces, puisque le cæcum était invaginé dans l'intestin grêle ? Mais, en se guidant sur les altérations pathologiques que j'ai signalées, on répondra facilement à cette question.

En effet, j'ai dit qu'en faisant passer une sonde par l'in-

testin grêle ou pénétrait soit dans le gros intestin directement, soit dans la poche située en dehors du cæcum, soit enfin dans le cæcum ; j'excepte cette dernière route, car c'est celle que suivent les matières à l'état normal. Restaient deux autres routes : par l'une, les fèces se rendaient en dehors du cæcum dans la poche que j'ai indiquée, qui les conduisait dans la tumeur extérieure, par l'autre, dans le gros intestin. Il n'en passait plus par le cæcum, car je l'ai trouvé vidé ; du reste la manière dont il était contourné rendait ce passage très difficile. De plus la communication du cæcum et de l'intestin grêle était très petite en comparaison de celle qui existait avec le côlon ascendant.

J'ajouterai que l'on voit à la surface interne de l'intestin grêle, et au niveau des ouvertures anormales des brides qui traversent tout le calibre de l'intestin. Il en est de même du côté du gros intestin, qui est rétréci considérablement au niveau de son embouchure dans le cæcum ; aussi, vers les derniers temps de la maladie, et surtout au moment de l'apparition de la fistule, ne passait-il que peu de matières dans le côlon, elles se rendaient toutes dans la tumeur, et sortaient par l'ouverture anormale.

Nous avons examiné si nous ne trouverions pas des altérations dans les autres organes.

Dans la dernière portion de l'intestin grêle nous avons vu une légère injection de la muqueuse et des plaques de Peyer assez saillantes ; pas d'ulcération.

L'estomac, le foie, la rate, les reins, ont été trouvés à leur état normal.

Nous n'avons pas rencontré de tubercules dans les ganglions du mésentère : ils étaient tous à l'état sain.

OBS. VII (VOLZ, *Gazette médicale de Paris*, 1843).

Str... artilleur, jeune homme robuste, entra à l'hôpital le 8 janvier 1835, avec fièvre et douleurs dans le bas-ventre depuis la veille (Potion diaphorétique et sinapismes sur le ventre).

Les symptômes s'aggravèrent rapidement ; la fièvre et la douleur, principalement dans la région du foie, augmentèrent ; le ventre se tuméfia ; constipation, soif ardente (sangsues, calomel, lavements) ; délire, douleurs dans la jambe et l'épaule droites. Mort le 21.

A l'AUTOPSIE, on trouva les muscles du ventre, de la poitrine, du dos, du côté droit, convertis en un putrilage sanieux ; le cæcum adhérait au péritoine et aux parois de l'abdomen ; un abcès énorme se trouvait derrière le cæcum ; le pus fusait à travers le carré des lombes perforé entre les muscles du dos.

Le cæcum était troué et dilaté, et dans le pus mêlé aux matières fécales, on trouva une concrétion calcaire du volume et de la forme d'une aveline ; elle avait pour noyau un petit haricot. Les autres viscères du bas-ventre étaient sains.

OBS. VIII (LEUDET, *Bulletins de la Société anatomique*, 1850). — *Anus contre nature dans l'aîne droite. — Double communication de l'intestin grêle avec le rectum. — Péritonite. — Erysipèle. — Mort.*

Cr.... Rosalie, âgée de 23 ans, entre le 1^{er} août 1849 à l'Hôtel-Dieu, salle St-Landry, n° 10 (service de M. Louis).

D'une taille petite, d'une constitution délicate, cette jeune fille paraît n'avoir que 15 à 16 ans ; presque constamment souffrante dans son enfance, elle a été atteinte d'une tuméfaction glandulaire suppurée au cou, au-dessus de la clavicule gauche. Elle n'a jamais eu d'hémoptysie.

A l'âge de dix ans environ, elle fut atteinte d'une fluxion de poitrine du côté gauche. Elle est sujette à la diarrhée ; mais n'a jamais eu de dysenterie.

Il y a 2 ans 1/2, sans jamais avoir eu, dit-elle, de hernie d'aucune espèce, elle s'aperçut d'un gonflement dans l'aîne droite, gonflement douloureux et rouge, survenant graduellement, et ne s'accompagnant ni de douleurs abdominales, ni de vomissements de matières fécales ; cette tumeur s'ulcéra spontanément et la malade entra dans le service de M. Lenoir à l'hôpital Necker, où elle demeura 18 mois. Pendant tout ce temps, des matières liquides jaunâtres ou verdâtres à odeur de fèces très marquées s'écoulèrent par la plaie, qui présenta toujours deux ouvertures ; l'anus normal continuait à donner passage à des matières plus consistantes que les précédentes.

Tels sont les seuls renseignements que la malade ait pu nous fournir ; son extrême faiblesse, quand elle fut soumise à notre examen, nous empêcha de lui adresser plus de questions.

La maladie pour laquelle elle entra à l'Hôtel-Dieu ne datait que de 30 heures ; jusqu'alors sa santé avait été assez bonne, quoiqu'elle ait beaucoup maigri depuis l'établissement de l'anus contre nature. Dans la nuit du 29 au 30 juillet, sans cause connue, frisson intense. Dans la nuit vomissements de matières alimentaires d'abord, puis aqueuses et verdâtres. Selles nombreuses ; écoulement par l'anus anormal de matières liquides et verdâtres. Faiblesse extrême. Le 31 juillet, la malade demeure alitée avec persistance des mêmes symptômes.

Le 1^{er} août à l'entrée. — On diagnostique une péritonite. Douleurs abdominales vives, sensibilité marquée de tout l'abdomen à la pression. Vomissements verdâtres. Pouls à 140, régulier, serré et petit. Traits tirés.

Pas de suppression des urines, de froid ni de crampes (le choléra sévissait alors à Paris).

Dans l'aîne droite, au-dessus du ligament de Fallope, en dehors du canal inguinal, deux fistules de la largeur d'un gros pois, régulières, avec épaissement de la peau qui est adhérente au tissu cellulaire sous-jacent. Il n'y a aucun prolapsus de l'intestin. Ecoulement continu par la plaie de matières fécales liquides verdâtres ; le styilet introduit dans les orifices pénètre de toute sa longueur à droite et à gauche dans le tube digestif.

Le 2. — Les vomissements persistent, les yeux deviennent plus caves. Pouls à 128. Rougeur érysipélateuse de la grandeur de la moitié de la paume de la main autour des deux orifices de l'anus anormal. Même rougeur de la même étendue autour du mamelon droit.

Développement ganglionnaire léger, non douloureux, dans l'aisselle.

Du 3 au 5. — La rougeur érysipélateuse saillante, à bords toujours bien limités, diminuant au sein droit, gagne toute l'aisselle du même côté. Les vomissements diminuent. Même douleur abdominale. La malade répond à peine aux questions.

Mort le 6 août à 10 h. 1/2 du matin.

AUTOPSIE le 7. — La rougeur érysipélateuse a complètement disparu.

Le poumon gauche est fixé contre la paroi thoracique ; adhérences anciennes, intimes, parenchyme peu aéré, diminué de volume, mais sain, du reste, sans congestion et crépitant. Au sommet, plusieurs bronches sont dilatées jusqu'à la surface de l'organe ; la muqueuse bronchique est un peu rouge avec arborisations.

Le poumon droit, recouvert extérieurement de quelques pseudo-membranes molles, est sain, un peu congestionné en arrière. Pas de tubercules.

Le cœur n'offre d'anormal que sa direction qui est presque transversale.

La cavité péritonéale ne contient pas de liquide ; la surface extérieure du tube digestif et le péritoine pariétal sont rouges avec développement vasculaire, et offrent par places des pseudo-membranes molles jaunâtres ; le foie, la rate sont sains ; des pseudo-membranes se rencontrent également à leur surface.

L'anus contre nature est situé dans l'aîne droite, au-dessous du ligament de Fallope en dehors du canal inguinal ; il est constitué par deux ouvertures circulaires, régulières, distantes l'une de l'autre d'un demi-centimètre environ ; la peau est lisse, épaissie et plus saillante que du côté opposé, elle adhère intimement au tissu cellulaire qui est induré et ne peut être distingué des aponévroses auxquelles il est fortement uni.

Les deux ouvertures précédentes sont les orifices de deux trajets qui convergent rapidement l'un vers l'autre et se réunissent bientôt en un trajet unique ; celui-ci est long de deux centimètres, et va s'ouvrir dans le cæcum à six centimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale. Large d'un centimètre à son extrémité antérieure, il s'élargit en entonnoir à son extrémité cæcale. En d'autres termes, la fistule stercorale, simple du côté du cæcum, se bifurque avant d'arriver à la peau, et présente ainsi la forme d'un Y. Ses parois sont dures, épaisses, blanches, et paraissent formées par du tissu cellulaire condensé.

Autour de cette fistule, des adhérences cellulo-fibreuses attachent solidement le cæcum et l'extrémité inférieure de l'intestin grêle à la paroi abdominale antérieure. A ce niveau encore, la paroi postérieure du cæcum, légèrement dirigée en avant, forme une espèce d'éperon très épais et très obtus. Cet éperon n'adhère point à la paroi abdominale, de telle sorte que le conduit intestinal reste très perméable dans toute sa longueur.

La muqueuse du cæcum n'est pas ramollie, mais on trouve à sa surface de petites saillies flasques, violacées, longues d'un demi-centimètre et pédiculées.

Il existe de plus une communication entre le rectum et l'intestin grêle. Ce dernier, parvenu au voisinage de la valvule de Bauhin, se replie sur lui-même et décrit une anse circulaire longue de 12 centimètres. Les deux extrémités de cette anse sont fortement adhérentes entre elles, et adhèrent, de plus, à la face antérieure du rectum. Dans l'extrémité supérieure de l'anse, la communication avec le rectum se présente sous forme d'un orifice unique, arrondi, capable de recevoir la première phalange du petit doigt. Dans l'extrémité inférieure, au lieu d'un orifice unique, on trouve un très grand nombre de petits trous irréguliers, séparés par des brides entrecroisées et disposées en arrosoir. Du côté du rectum enfin, on trouve une surface plus large, aréolaire, criblée de trous comme la précédente ; ces trous communiquent à la fois avec les orifices multiples de l'extrémité inférieure de l'anse et avec l'orifice unique de son extrémité supérieure.

Au-dessus de l'anse, le calibre de l'intestin grêle est un peu augmenté ; dans l'anse et au-dessous d'elle, le calibre est normal ; le gros intestin, partout perméable, partout plein de matières fécales, présente aussi la grosseur ordinaire. La muqueuse est saine partout ailleurs que dans les points précédemment indiqués. Les ganglions mésentériques sont sains aussi ; les autres organes sont à l'état normal.

La pièce anatomique que nous venons d'examiner présente un intérêt marqué. Des fistules nombreuses, deux entre l'intestin grêle et le rectum, une entre le cæcum et la peau, se rencontrent simultanément. A quoi les attribuer ? Nous n'en savons pas positivement la cause. Admettre qu'il y a eu étranglement herniaire, nous paraît peu probable et même presque irrationnel.

Nous ne croyons pas qu'on ait jamais vu de hernie constituée par des parties si nombreuses et si diverses ; la lésion nous semble avoir existé primitivement dans le tube digestif, mais nous n'en avons aucune preuve directe. L'absence de tubercules, l'existence de l'appendice iléo-cæcal sans aucune lésion, éloigne l'idée d'une perforation tuberculeuse ou d'une rupture de cet appendice ; d'un autre côté, les colonnes nombreuses qui se rencontrent au niveau des fistules nous révèlent probablement des ulcérations multiples, rassemblées dans un petit espace et ayant occasionné une adhésion salutaire avant de donner naissance à une perforation complète. Des renseignements recueillis de la bouche de la malade, auraient pu sans doute éclairer ce point ; malheureusement la faiblesse dans laquelle était plongée cette jeune fille, nous a contraints de ne pas poursuivre un interrogatoire inutile et peut-être dangereux. La mort doit être attribuée à la péritonite et à l'érysipèle.

Cette observation a été rapportée ici pour montrer que le cæcum peut être frappé de la même façon qu'un appendice, et qu'il existe des typhlites se comportant et évoluant de la même manière que les appendicites.

OBS. IX (SALZER et REULING, *Deutsche Klinik*, 1845, t. 7, p. 368. — In thèse de PASCAL, 1900). — *Pérityphlite*. — *Perforation du cæcum et de l'appendice*. — *Fistule vésico-intestinale*.

Elisa S..., 35 ans, entra à la Clinique médicale le 13 mai 1853. Bien portante jusqu'à son accouchement (normal), qui a eu lieu il y a deux ans. Depuis ce temps, troubles menstruels et anémie. Peu de jours avant l'entrée à l'hôpital, ayant mangé trop copieusement, l'indigestion qui s'ensuivit, accompagnée d'une légère fièvre, l'obligèrent à se rendre à la clinique.

Etat actuel. — La malade n'est pas très fortement bâtie ; peau et muqueuses pâles, pouls 92, température de la peau élevée. Langue saburrale, diminution d'appétit, soif augmentée, nausées. Ventre un peu gonflé et sensible. Cœur, poumon, foie, rate normaux. Urines rougeâtres, poids spécifique 1018, d'ailleurs normales.

Diagnostic. — Catarrhe gastro-intestinal fébrile. Huile de ricin, diète. Mais, comme après huit jours, la fièvre augmentait toujours, et que dans ce temps la malade vomit plusieurs fois un liquide verdâtre, amer, on examina de nouveau son abdomen. Alors on découvrit dans la région iliaque droite une tumeur grosse comme un œuf de poule, très sensible à la pression et pouvant être nettement délimitée par la percussion. Son emplacement correspondant exactement à l'appendice vermiforme, on porta le diagnostic de pérityphlite et chercha à amener la régression de la tumeur moyennant saignées locales répétées et cataplasmes continus. Aussi l'opium fut administré pour apaiser autant que possible les mouvements péristaltiques. Pour faciliter les selles : lavements.

Malgré ce traitement, la tumeur augmentait au cours des semaines suivantes et enfin elle devint nettement proéminente. Aussi les douleurs à son pourtour devinrent plus intenses et se propagèrent jusqu'au fémur droit, de sorte que la malade ne pouvait trouver nulle part de repos et ne pouvait dormir. Manque d'appétit continu, vomissements de temps en temps, constipation opiniâtre alternant avec la diarrhée, enfin la fièvre continue, l'épuisèrent considérablement.

Ces symptômes opiniâtres nous firent présumer un corps étranger, enclavé dans l'appendice vermiforme ; mais vu l'état de la malade, on ne pouvait songer à l'opération.

Un fort œdème des jambes apparut et seulement le traitement symptomatique était possible. A cet égard, la teinture d'opium (une cuillerée à café le soir) était très efficace.

Le 6 août, donc dans la douzième semaine de sa maladie, la malade eut un frisson qui se répéta encore deux fois dans les deux jours suivants. Une péritonite générale éclata après. Comme cause on diagnostiqua une perforation du procès vermiforme avec entrée des fèces dans la cavité péritonéale.

En même temps, on découvrit à la malade une pleurésie gauche, dont le développement ajouta aux autres une forte dyspnée.

La malade perdit de plus en plus ses forces et mourut le 16 août.

AUTOPSIE. — Dans la cavité pleurale gauche une quantité assez considérable de sérum mélangée de gros flocons fibrineux, lobe pulmonaire inférieur gauche presque entièrement comprimé. Emphysème partiel des lobes supérieurs. Dans les bronches, un peu de mucus aqueux. Au cœur, traces d'inflammation, myocarde très flasque. Dans la cavité abdominale, beaucoup de liquide trouble, purulent.

Adhérences nombreuses entre tous les organes du bas-ventre ; les plus fortes sont celles de la région cœliaque. Là on trouva entre les anses intestinales une cavité parfaitement délimitée par les adhérences cellulaires et remplies de matières fécales liquides qui y entrèrent par un orifice de la paroi du cæcum, orifice gros comme un noyau de cerise.

De ce foyer s'étendait un long conduit fistulaire jusqu'à la vessie, à la paroi postérieure de laquelle apparut un orifice gros comme une pièce de cinquante centimes. A travers cet orifice, les fèces étaient entrées dans la vessie.

Muqueuse vésicale très rouge et infiltrée de sang décomposé autour de la perforation. L'appendice vermiforme, à peine trouvable au milieu des adhérences nombreuses, présentait aussi une perforation grande comme un pois et dont un autre conduit fistu-

laire allait au foyer fécal décrit. La sonde introduite se heurta dans le canal de l'appendice vermiforme à un corps dur : un grain de plomb, comme il se montre à l'examen.

Naturellement on ne pouvait rien dire de la nature du corps étranger avant l'autopsie. Quant à la fistule, elle ne pouvait être reconnue, car dans les derniers jours de sa vie la malade rendait ses urines et ses fèces involontairement.

Comme l'observation clinique nous le montre, le début fut nettement intestinal ; la malade ne présenta des symptômes d'appendicite que secondairement, et le premier diagnostic posé fut celui de pérityphlite, on ne pensa à des lésions appendiculaires que quelques jours plus tard. D'ailleurs l'autopsie nous montre une lésion cæcale plus prononcée que la lésion appendiculaire. C'est donc bien là un cas de typhlo-appendicite.

OBS. X (LEUDET, *Archives générales de médecine*, 1859). — *Symptômes de péritonite localisée remontant à deux ans : accidents d'étranglement de l'intestin grêle : mort. — Perforation de l'appendice iléo-cæcal, péritonite localisée, étranglement intestinal par des adhérences anciennes dans le voisinage de la péritonite.*

B... Jean-Baptiste, âgé de 51 ans, entre le 30 juin 1857 à l'Hôtel-Dieu de Rouen, salle 5, n° 22, dans ma division. D'une bonne santé habituelle, Boutigny tousse fréquemment, et a craché du sang peu abondamment, il y a quelques années. Deux ans avant l'époque actuelle, Boutigny fut atteint d'une maladie caractérisée par des douleurs de ventre généralisées avec vomissements bilieux et même noirs.

Ces accidents se calmèrent en peu de temps, et Boutigny put reprendre ses travaux de tôlier. Depuis six semaines, réapparition des douleurs abdominales généralisées, avec envies de vomir sans vomissements, un peu de toux. Travail suspendu depuis cette époque. Il y a dix jours, augmentation brusque des accidents, envies de

vomir, douleurs abdominales, selles assez régulières, sans diarrhée.

Au moment de l'admission à l'Hôtel-Dieu nous trouvons Boutigny dans l'état suivant : face un peu grippée, malaise, anxiété, pouls à 72 peu développé, peu fort ; un peu de météorisme ; distension des anses intestinales, dont les mouvements péristaltiques sont visibles et douloureux ; dans l'étendue du ventre, sonorité tympanique, aucune tumeur partielle. Seltz avec sirop d'orange ; 2 kilogrammes de glace à prendre par petits fragments dans la bouche, 2 pilules d'extrait de belladone de 0 gr. 05 chacune ; onctions mercurielles belladonnées sur le ventre ; bouillon.

1^{er} juillet. — Face de plus en plus hippocratique, même état du ventre (Même prescription ; bain tiède). Après le bain, Boutigny éprouva un peu de soulagement, dans la journée aggravation nouvelle, hoquet, vomissements de matières noirâtres. Mort.

EXAMEN DU CADAVRE trente et une heures après la mort. — Tête non examinée. Adhérences anciennes, générales des deux poumons ; cicatrices anciennes au sommet des deux poumons ; plusieurs petites cavernes rétractées, vides au milieu d'un tissu induré aux deux sommets, surtout au droit ; quelques tubercules créta-cés ; pas de tubercules en voie de développement, engouement de tout le poumon gauche en arrière ; cœur et péricarde sains ; pas d'épanchement dans la grande cavité du péritoine ; dilatation des anses de l'intestin grêle, dilatation des réseaux vasculaires sous-séreux, principalement au bord libre des circonvolutions ; adhérences anciennes celluleuses intimes des anses intestinales à la fin du cæcum, et s'étendant jusqu'à l'S iliaque : l'une de ces adhérences retient auprès du pubis une partie du jéjunum.

Les adhérences limitaient une cavité du volume du poing, située en arrière de la vessie et en dedans du cæcum, sans communication avec le renflement vésical : elle communiquait avec le cæcum par une ulcération intéressant toutes les tuniques et située au voisinage de son origine. L'appendice vermiforme était perforé dans son fond ; moitié moins long que d'ordinaire, sans dilatation de sa cavité.

Plusieurs anses de la fin de l'intestin grêle étaient accolées au kyste et retenues serrées, étranglées par des adhérences celluleuses; ces anses étaient brunâtres, non ramollies, non ulcérées.

L'estomac était sain ; aucune altération de la muqueuse de l'intestin grêle autre qu'une coloration marquée avec injection et teinte livide de la muqueuse au niveau de l'étranglement, plusieurs ulcérations profondes dans le cæcum. Les autres organes étaient sains.

Le malade dont il s'agit avait présenté pourtant cliniquement les symptômes d'une appendicite franche, et là encore nous trouvons des lésions du cæcum ; et ces lésions n'ont pas pu se faire de dehors en dedans, puisque, dans la relation de l'autopsie, on ne signale aucune adhérence de l'appendice au cæcum. Nous trouvons dans ce cæcum toutes les lésions de l'appendice à tous les stades de la maladie, ulcération et perforation, la typhlite a coexisté avec l'appendicite et a eu mêmes allures.

OBS. XI (LEUDET, *Archives générales de médecine*, 1859). — *Entérite cholériforme, abcès de la fosse iliaque ; mort. — Perforation de l'appendice iléo-cæcal ; abcès des fosses iliaques interne et externe, communiquant à travers une perforation de l'os coxal.*

Isidore, âgé de 57 ans, entre le 25 septembre 1855, à l'Hôtel-Dieu de Rouen (salle 5, n° 22) dans ma division. Le début de la maladie ne remontait qu'à cinq jours ; depuis cette époque, cinq ou six selles diarrhéiques par jour ; aggravation des accidents depuis deux jours ; cessation du travail, selles très nombreuses, pas de vomissements ni de crampes ; suppression presque complète de l'excrétion urinaire ; affaiblissement de la voix. Au moment de l'admission à l'hôpital, cyanose de la face et des mains ; refroidissement des téguments, affaiblissement de la voix, suppression des urines, selles aqueuses avec un dépôt riziforme ; pas de vomisse-

ments (2 pots d'infusion de menthe ; potion tonique éthérée ; lavement laudanisé).

Les accidents cholériformes, surtout la cyanose, l'adynamie diminuent lentement. Mais la diarrhée persiste. Le 1^{er} octobre, la chaleur était rétablie, le timbre de la voix était normal, mais les selles liquides persistaient, et s'accompagnaient de quelques coliques. L'état demeure le même jusque vers le 20 octobre ; le malade était toujours faible, et éprouvant une diarrhée marquée ; à cette époque il commença, sans aucun début brusque, à se plaindre de quelques douleurs obtuses dans le membre inférieur et dans le ventre. Le météorisme et la tension des parois abdominales ne permettent pas d'explorer la fosse iliaque interne. Néanmoins, le 23 octobre, la diarrhée avait considérablement diminué, et la malade mangeait une portion d'aliments.

Le 5 novembre, les douleurs dans la fosse iliaque droite et la partie supérieure de la cuisse droite avaient augmenté, elles gênaient même les mouvements de la jambe droite maintenue habituellement dans la demi-flexion. Une tumeur profonde, dure et sensible, occupait la fosse iliaque interne et présentait les caractères de l'abcès décrit dans cette région ; on ne trouvait aucun empatement à la partie supérieure. Vésicatoire volant *loco dolenti*.

Cette tumeur demeure manifeste jusqu'au commencement de décembre : l'état général du sujet était meilleur ; une légère diarrhée alternait avec un peu de constipation. A cette époque ; la tumeur que nous nous apprêtions à ouvrir, devint moins manifeste, la cuisse s'œdématisa, la diarrhée reparut, et le malade succomba le 18 janvier 1856. On ne sentait qu'une rénitence très profonde dans la fosse iliaque interne droite ; les douleurs éprouvées par le malade au moindre déplacement nous ont empêché d'explorer la fosse iliaque externe.

EXAMEN DU CADAVRE. — Organes intra-thoraciques sains ; pas d'inflammation de la séreuse péritonéale. Le cæcum est appliqué dans la fosse iliaque interne droite dans une grande étendue. La fosse iliaque était le siège d'un vaste abcès sous-aponévrotique qui avait détruit en partie le muscle psoas iliaque ; cette collection pu-

rulente communiquait avec la fosse iliaque externe d'une part, au moyen d'une perforation de l'os coxal assez large pour permettre l'introduction de l'indicateur ; d'une autre part, par une fusée purulente qui traversait le trou obturateur et les muscles qui le tapissent, pour contourner le col du fémur et l'articulation et se terminer dans la fosse iliaque externe. L'articulation était saine. L'appendice iléo-cæcal appliqué contre la fosse iliaque interne était perforé vers le milieu de sa hauteur ; une autre ulcération située un peu au-dessous de l'origine cæcale de l'appendice, faisait communiquer l'intestin avec la cavité de l'abcès. Plusieurs autres ulcérations non perforantes existaient sur la muqueuse avoisinante. Dans les côlons et le rectum, la muqueuse était injectée épaissie et ramollie.

Ici il semble bien que ce soit l'entérite cholériforme qui ait été le point de départ des accidents appendiculaires : le début clinique a été celui d'une infection générale localisée au gros intestin.

OBS. XII (LEUDET, *Archives générales de médecine*, 1899). — *Perforation de l'appendice iléo-cæcal développée à la suite d'entérite ; abcès de la fosse iliaque ; péritonite généralisée consécutive ; hémorrhagie méningée. Mort.*

Ch. . . Marie, âgée de 59 ans, entre le 17 novembre 1856 à l'Hôtel-Dieu de Rouen (salle 19, n° 25) dans ma division. L'affaiblissement de la malade nous permet seulement d'apprendre qu'elle était malade depuis deux mois, ayant presque constamment gardé le lit depuis cette époque. Son affection avait subi une aggravation considérable depuis quelques jours. Le ventre était peu météorisé, sensible à la moindre pression ; diarrhée, selles involontaires langue sèche, lèvres fuligineuses (riz sucré, julep diacodé ; fomentations émollientes sur l'abdomen, vin et bouillon). Les forces de la malade s'épuisent graduellement ; elle tombe dans le coma et succombe le 19 novembre 1856 à deux heures du soir

EXAMEN DU CADAVRE dix-neuf heures après la mort. — Putréfaction commençante. Téguments du crâne sains ; hémorragie dans la cavité de l'arachnoïde, avec fausses membranes sur les deux côtés du cerveau ; pulpe cérébrale saine. Pas d'épanchement dans les plèvres, hépatisation rouge du lobe supérieur du poumon droit, intégrité du poumon gauche. Cœur et péricarde sains. Epanchement dans la cavité du péritoine de 2 litres environ de sérosité purulente, peu d'injection des réseaux vasculaires sous-séreux qui se rencontrent de préférence au niveau de la convexité des anses intestinales. Quelques flocons fibrineux nagent dans l'épanchement péritonéal qui exhale une odeur fétide.

La fosse iliaque droite est le siège d'une collection purulente sous-aponévrotique. L'appendice iléo-cæcal était perforé et des matières intestinales s'écoulaient, d'une part, dans la cavité de l'abcès, de l'autre, dans la grande cavité du péritoine. L'abcès était compris entre l'aponévrose iliaque, épaissie et noirâtre, et la fosse iliaque ; le muscle psoas iliaque droit baignait dans une sanie d'un gris jaunâtre, il était mou et fragile. En bas, l'abcès descendait sur le rebord du petit bassin, mais ne se propageait pas dans son intérieur ; la limite supérieure de la collection purulente était le rebord de la fosse iliaque. Les veines artères iliaques, internes et externes, ne présentaient aucune altération. L'appendice iléo-cæcal, appliqué contre la fosse iliaque, était ulcéré et perforé vers le milieu de sa hauteur ; sa cavité n'était pas dilatée et ne contenait aucun corps étranger, qu'on recherche en vain dans la cavité de l'abcès et du péritoine. La muqueuse du cæcum présentait une couleur d'un gris jaunâtre, avec épaissement, sans aucune ulcération. L'intestin grêle et l'estomac étaient sains, de même que les autres viscères de l'abdomen.

Ici les lésions du cæcum sont minimales à côté de celle de l'appendice ; cela ne doit point nous étonner, l'appendice étant, de par sa configuration anatomique, prédisposé plus que le cæcum à des lésions perforantes, car la stagna-

tion s'y exerce d'une façon plus complète et dans un milieu d'une lumière plus étroite.

OBS. XIII (LEUDET, *Archives générales de médecine*, 1859). — *Accidents subaigus de péritonite partielle, variole hémorrhagique intercurrente ; mort. — Perforation de l'appendice iléo-cæcal, abcès iliaque susaponévrotique, ulcération du gros intestin.*

S... Auguste, âgé de 8 ans, entre, le 7 avril 1856, à l'Hôtel-Dieu de Rouen (salle 13, n° 19, dans ma division). D'une intelligence peu développée, faible et abattu, Sorel donne peu de renseignements sur son état de santé habituel : nous apprenons seulement qu'il était très souffrant depuis huit jours avant son entrée à l'hôpital, et éprouvait de vives douleurs dans le ventre.

Le début de ces douleurs aurait été lent ; jamais aucune douleur brusque et vive analogue à l'invasion d'une péritonite par perforation, il ne vomissait pas et n'avait pas de diarrhée.

Le jour de son entrée à l'hôpital nous trouvons Sorel dans l'état suivant : un peu de céphalalgie, langue blanche et humide, plusieurs selles diarrhéiques depuis la veille : pouls à 92, peu développé, peu fort ; ballonnement et météorisme de l'abdomen, sans aucune tumeur partielle, pas de développement des anses intestinales.

La percussion et l'auscultation ne font reconnaître aucune altération du poumon ou du cœur.

Limonade sucrée, bouillon.

10 avril. — Depuis deux jours, aucune modification dans l'état du malade ; abattement, douleur accusée d'une manière persistante dans l'abdomen ; pas de vomissements, une selle liquide chaque jour, anorexie.

Du 11 au 17, un peu d'amélioration dans l'état général : Sorel n'accuse plus de douleurs aussi intenses dans le ventre ; un peu plus d'appétit, pas de vomissements, ni de fièvre ; météorisme abdominal ; aucune tumeur partielle n'est appréciable à la palpation. — Limonade, 2 pots, 2 bouillons, 2 potages.

Dans la journée du 17, malaise plus prononcé ; nausées, frissons, céphalalgie intense, pas de douleurs de gorge ou de reins ; mêmes symptômes peu marqués du côté de l'abdomen que les jours précédents.

18 et 19. — Aggravation de la fièvre, accablement, céphalalgie, vomissements bilieux, pas de délire. Ces accidents augmentent le lendemain. Glace à l'intérieur ; fomentations narcotiques sur le ventre ; bain tiède ; diète.

21. — Diminution des vomissements, même malaise ; aucun changement dans les douleurs du ventre qui semblent plutôt diminuer qu'augmenter. Dans la soirée de ce jour apparaissent sur la face, les membres supérieurs et le tronc, des papules peu marquées de variole. Pectorale. Bouillon.

23. — 108-110 pulsations : augmentation du nombre de papules de variole sur le tronc et la face ; quelques-unes sont déjà vésiculeuses et s'entourent d'une auréole rouge. Dans la soirée de ce jour, épistaxis assez abondantes : plusieurs papules et vésicules sont entourées d'une auréole brunâtre. Limonade avec acide sulfurique, 0 gr. 50. Bouillon, vin.

24. — Ecchymoses plus nombreuses et plus larges environnant les pustules dont un certain nombre sont ecchymotiques à leur centre ; épanchement sanguin sous-cutané sous la peau des membres inférieurs, un peu de sang rendu dans les selles ; pouls, 144. Limonade sulfurique ; 2 pilules d'acétate de plomb de 0 gr. 10 chaque ; julep avec extrait de ratanhia, 4 grammes ; bouillon, vin.

Mort à quatre heures du soir.

EXAMEN DU CADAVRE vingt-quatre heures après la mort. — Aucune altération du cerveau, des poumons et du cœur ; pas de traces d'inflammation, dans la grande cavité du péritoine. Le gros intestin, au niveau du cæcum et dans toute la longueur du côlon ascendant, adhérait plus que d'habitude à la fosse iliaque qui la tapisse.

L'extrémité de l'appendice iléo-cæcal était perforée, et son ouverture anormale pouvait donner passage à une sonde cannelée de volume ordinaire. Toute la paroi interne et postérieure du côlon ascendant correspondant à la fosse iliaque droite était d'une couleur

noirâtre, et présentait de petits abcès emprisonnés entre les bandes musculaires du côlon, ne pénétrant pas dans le tube intestinal, et n'ayant par conséquent pas détruit la muqueuse. Le cæcum offrait quelques ulcérations assez larges à la surface de la tunique muqueuse. Ces ulcérations avaient au moins le diamètre d'une aveline ; d'autres ulcérations beaucoup plus petites existaient dans le côlon ascendant et transverse jusqu'au rectum ; les autres organes étaient sains.

L'extension des lésions coliques est en faveur des idées actuelles sur l'origine infectieuse de l'appendicite. Les lésions de péritonite trouvées seulement autour du côlon ascendant et du cæcum montrent bien que c'est là que s'est développée primitivement la lésion inflammatoire.

OBS. XIV (CAUCHOIS, *Bulletins de la Société anatomique*, 1873). — *Péritonite par propagation, due à une perforation du cæcum par un corps étranger. Mort, autopsie.*

A. D..., garçon boucher, âgé de 49 ans, d'une forte constitution, n'habite Paris que depuis quatre mois. Il a eu assez de peine à s'acclimater et a présenté pendant ces derniers temps des alternatives de diarrhée et de constipation.

28 mars. — Il est pris de coliques intenses du côté droit de l'abdomen, avec symptômes fébriles qui le forcent à s'aliter. Trois jours après, il se fait transporter à la maison de santé, dans le service de M. Ferréol.

On lui trouve, à son arrivée, un état fébrile prononcé, un poulx dur et serré. Depuis deux jours, la constipation est absolue. La fosse iliaque droite est le siège d'une tuméfaction ou plutôt d'un empâtement diffus avec matité à la percussion et sensibilité très vive à la moindre pression, ce qui rend l'exploration forcément incomplète. Du reste, aucun symptôme de péritonite, pas de vomissements ; aucun trouble du côté de la poitrine ni du système nerveux ; tout semble borné aux environs du cæcum. On diagnos-

tique une pérityphlite (ventouses scarifiées, cataplasme, huile de ricin, 2 pilules d'opium pour la nuit).

Le lendemain, la douleur et le gonflement ont gagné la partie inférieure de la fosse iliaque gauche.

29. — Les symptômes se sont aggravés : le météorisme occupe tout l'abdomen. Il y a eu des selles liquides ; le facies s'altère notablement (vésicatoire sur le bas-ventre).

30. — L'altération des traits et l'injection des pommettes se sont prononcées encore davantage : le pouls reste fréquent et serré ; les garde-robes continuent à être diarrhéiques.

Etat stationnaire le jour suivant ; puis, dans la nuit, surviennent des vomissements verdâtres porracés ; le ballonnement est considérable, la respiration gênée ; le pouls devient misérable et la température périphérique s'abaisse. La mort survient dans la soirée du 1^{er} avril.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort. — Putréfaction très avancée de la face de l'abdomen ; coloration verdâtre de ces régions, issue de liquide sanguinolent par les narines, la bouche, le rectum.

On constate l'existence d'une péritonite généralisée, savoir : injection vive de la séreuse et des épiploons. Les anses intestinales sont toutes reliées entre elles par des fausses membranes nombreuses de nouvelle formation, qui circonscrivent des loges multiples remplies de pus.

Dans la fosse iliaque droite, ces néo-membranes sont épaisses, grisâtres et tomenteuses ; elles recouvrent les parois iliaques et le cæcum. En les écartant doucement, on découvre sur la paroi externe du cæcum, au voisinage de l'appendice vermiforme, un pertuis d'où s'échappent des bulles gazeuses mêlées à du liquide stercoreal bilieux.

Le pourtour de cet orifice est déchiqueté et tomenteux, formé par des fausses membranes. A la face interne du cæcum on trouve l'orifice interne du même pertuis. Il est allongé, et offre des tractus pseudo-membraneux. Les bords sont peu consistants, à peine rougeâtres ; il semble qu'il se soit produit en ce point un travail de ramollissement étendu à une certaine portion de la muqueuse.

Dans le voisinage de la perforation, on observe une légère psorentérie (tuméfaction des follicules clos), et sur quelques points de l'injection des plaques de Peyer. Une de ces plaques, notamment montre une injection avec ramollissement de la largeur d'une pièce de 20 centimes.

Avant d'enlever l'intestin et de l'avoir ouvert, on avait trouvé, dans la fosse iliaque, baignant au milieu du pus, un corps analogue pour la forme et le volume à une graine de croton tiglium. Il est constitué par une matière d'un brun foncé, friable, exhalant une odeur fécaloïde infecte. En le cassant, on constate une structure comme feutrée et la présence de poils nombreux agglutinés par la substance intermédiaire.

La perforation cæcale est juste de dimension correspondante.

L'état de putréfaction avancée du sujet n'a pas permis d'examiner les autres organes.

OBS. XV (BALZER, *Gazette médicale de Paris*, 1879). — *Pérityphlite ; abcès de la fosse iliaque ; ulcération du cæcum : perforation de l'appendice.*

Gar... Marie, âgée de 18 ans, entre, le 23 juillet 1877, à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Sainte-Mathilde, dans le service de M. Berge-ron. Elle raconte qu'il y a douze jours, elle fut prise subitement, pendant la nuit, d'une douleur excessivement vive dans la fosse iliaque droite. Cette douleur s'irradiait sous forme de coliques dans toute l'étendue de l'abdomen et s'accompagnait de vomissements alimentaires. On pensa d'abord à une violente indigestion, car cette jeune fille avait toujours été bien portante, s'était livrée toute la journée à ses occupations ordinaires, avait mangé de bon appétit et s'était couchée sans se plaindre d'aucun malaise. Les jours suivants, les douleurs persistèrent toujours plus marquées dans la partie droite de l'abdomen ; les vomissements continuèrent aussi, tantôt alimentaires, tantôt glaireux. Depuis quatre jours, ils sont devenus verdâtres, et le facies abdominal est actuellement très prononcé ; les yeux sont excavés ; l'odeur péritonéale de l'haleine est très prononcée, la langue est humide ; le ventre est un peu bal-

lonné, la douleur est toujours plus marquée dans le flanc droit, malgré les sangsues qui ont été appliquées dans cette région. On ne sent pas là d'empâtement manifeste, mais à la percussion, on constate une obscurité du son qui contraste avec la sonorité des des parties voisines ; les selles sont toujours légèrement diarrhéiques depuis le début de la maladie. Température rectale : matin, 38°2, soir, 37°6. Prescriptions : sangsues ; onguent mercuriel belladone, julep avec 2 centigrammes d'extrait de belladone.

25 juillet. — Les douleurs ont diminué depuis l'application des sangsues ; il y a encore des coliques au moment des évacuations diarrhéiques. Les vomissements ont aussi un peu diminué de fréquence pendant la nuit. Le pouls est très faible, 100 pulsations. Même traitement. Température : matin, 37°6 ; soir : 37°8.

26. — Même état. Rénitence plus sensible dans la fosse iliaque droite. Température : matin, 37°6 ; soir, 37°6.

27. — Aggravation des douleurs ; les vomissements redeviennent fréquents et porracés. Plusieurs selles liquides. Prescriptions : vésicatoire sur l'abdomen, rhum, bagnols. Température : matin, 37°4 ; soir, 36°6.

28. — Les vomissements prennent un aspect fécaloïde, mais n'ont pas d'odeur. Selles diarrhéiques.

29. — La malade se refroidit de plus en plus, les vomissements persistent ; le pouls est insensible. Elle meurt deux heures après la visite du matin.

AUTOPSIE. — Affaissement du gros intestin, tandis que l'intestin grêle est dilaté par les gaz. Dans la fosse iliaque droite, les anses intestinales sont reliées entre elles par de fausses membranes très vascularisées, peu résistantes et infiltrées d'un pus grisâtre et sanieux. Le grand épiploon présente le même aspect à ce niveau et adhère au paquet intestinal et à la paroi abdominale. On trouve également du pus dans le petit bassin ; le reste du péritoine est vascularisé, poisseux, mais sans fausses membranes. Après avoir détaché les adhérences qui relient le cæcum et les anses intestinales, on le trouve fixé à la fosse iliaque par des adhérences plus résistantes ; à sa partie postérieure, on trouve en le soulevant

une cavité remplie d'un pus crêmeux et verdâtre, circonscrite par des fausses membranes, présentant les dimensions d'un gros œuf de poule et correspondant à une ulcération du cæcum, sans pourtant qu'il y ait actuellement communication entre le foyer purulent et la cavité intestinale. Cette ulcération est circulaire, en entonnoir, et présente un plus grand diamètre du côté de la muqueuse. L'appendice vermiculaire qui a une longueur de 5 à 6 centimètres, présente une perte de substance irrégulière de 1 centimètre de longueur, commençant à un travers de doigt au-dessus de son embouchure dans le cæcum. On ne trouve dans l'appendice aucun corps étranger. Il en est de même dans le cæcum. On ne trouve non plus aucun corps étranger dans les fausses membranes ni dans la cavité du petit bassin.

L'inflammation spontanée du cæcum et de l'appendice, suivie ou non d'ulcération, est admise par les auteurs. Dans le cas d'ulcération, il se forme parfois des adhérences qui unissent l'appendice et le cæcum à d'autres portions de l'intestin. Des communications anormales peuvent s'établir de cette façon. Les typhlites ulcéreuses, dont l'étiologie est encore très obscure, nous paraissent devoir attirer l'attention d'une manière toute spéciale, et nous regrettons de n'avoir pu pratiquer l'examen histologique des bords de l'ulcération dans le cas qui vient d'être rapporté, bien que M. Carré nous ait affirmé que l'examen à l'œil nu faisait exclure toute pensée de lésion tuberculeuse. Ces ulcères du cæcum éveillent, en effet, l'idée d'un rapprochement avec les ulcères perforants de l'estomac, d'autant plus que ces deux organes présentent de grandes analogies dans leur texture, et notamment un système vasculaire disposé de la même manière.

OBS. XVI (NETTER, *Bulletins de la Société anatomique*, 1885). — *Pérityphlite consécutive à un entérolithe. — Péritonite circonscrite.*

G..., 42 ans, entre, le 13 juin 1885, salle Jenner, lit n° 15, dans le service de M. Jaccoud.

Peintre en bâtiments, il présente une apparence anémique et

cachectique due à l'intoxication saturnine, qui a de plus entraîné une paralysie des extenseurs, avec tremblement du côté droit. Il a fait de nombreux excès alcooliques et a eu la syphilis. Il y a quatre jours, il a été pris sans cause connue de douleurs dans le côté droit, au-dessus de l'aîne. Depuis, il n'a pas été à la selle.

A l'entrée, on constate une pérityphlite manifeste, caractérisée par la constipation, la douleur du côté droit, la présence d'une tumeur. Celle-ci est située dans la fosse iliaque. Elle a le volume d'une petite mandarine. Son bord inférieur convexe est à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. On ne saisit pas nettement sa terminaison en haut. Elle devient plus éloignée à ce niveau de la paroi abdominale antérieure. La tumeur, sensible au palper, a une consistance assez ferme. Elle n'est pas mobile. Mais en fait, on ne peut plus facilement glisser à sa surface la paroi abdominale. La tumeur est donc située contre le muscle iliaque et en dehors du péritoine. Les autres régions de l'abdomen sont indolores. Le ventre n'est pas météorisé. La température, le soir, est de 37°8, le lendemain matin, de 37°.

Nous prescrivons immédiatement au malade 30 grammes d'eau-de-vie allemande et faisons appliquer 10 sangsues. Le traitement est suivi d'une amélioration remarquable, qui se poursuit les jours suivants. Le cours des matières est rétabli. La tumeur n'est plus le siège de douleurs spontanées ; elle n'a pas subi d'autres modifications.

Cependant, le 18 juin, nous trouvons le malade avec 38°2, se plaignant de douleurs dans tout le ventre. Il n'a pas obéi à nos prescriptions, s'est levé pour aller aux lieux. Nous craignons à ce moment qu'une péritonite ne soit survenue, avec ou sans perforation. Il n'y a cependant aucun vomissement. On applique d'une façon continuelle des vessies remplies de glace sur l'abdomen.

Le lendemain, la température est le matin de 37°, le soir de 38°8. Les jours suivants, elle n'atteint pas 37°5, le soir. Les menaces de péritonite paraissent écartées, il n'y a toujours pas de vomissements. Le flanc gauche n'est plus sensible. Le 20 juin, on constate dans l'hypogastre un empâtement assez étendu, qui a la dimension

de la paume de la main, commence au pubis et se termine en haut par une ligne convexe, reproduisant grossièrement l'apparence d'une vessie distendue. Ce n'est là qu'une apparence, car la miction se fait régulièrement, la masse dure est entièrement adhérente à la partie profonde de la paroi antérieure de l'abdomen. Elle ne disparaît pas brusquement des parties latérales. Au niveau de cette masse, la couleur de la peau n'est pas changée. La percussion superficielle fait percevoir de la submatité. Il n'y a ni fluctuation, ni réticence. On ne sent pas de continuité entre cette masse hypogastrique et la tumeur de la fosse iliaque, qui reste toujours aussi nettement sans adhérence avec la paroi abdominale antérieure.

Les jours suivants, on constate que la masse hypogastrique diminue de hauteur ; elle n'a plus que deux travers de doigt et demi ; elle n'est pas fluctuante. Le malade ne va jamais spontanément à la selle. On lui administre tous les jours des lavements avec 60 grammes d'huile de ricin. Au début, ceux-ci amènent des évacuations. Plus tard, ces lavements sont rendus presque sans aucune modification. La sensibilité du ventre est assez diminuée pour que l'on puisse suspendre les applications de glace. « Ce n'est plus la péritonite qui paraît redoutable à M. Jaccoud, ce sont les dangers d'une occlusion intestinale. »

Ces craintes, formulées nettement le 1^{er} juillet, prennent encore plus de consistance les jours qui suivent. La température est toujours au-dessous de 37°. Les yeux s'excavent, le malade a les extrémités froides, sa voix est de plus en plus faible. Il a toute sa connaissance et a conscience de sa fin prochaine.

4 juillet. — Nous constatons dans une cuvette une purée jaune ocre d'odeur fécale, qui a été rendue par vomissements. A deux reprises, nous assistons au rejet de ces matières, rejet qui se fait sans effort comme par régurgitation.

Le malade se plaint de brûlure dans la gorge, due à la pénétration d'une partie de ces matières à travers le larynx. On constate que l'abdomen n'est que peu distendu. A sa partie supérieure, on sent et l'on voit une saillie à direction transversale formée par une anse intestinale distendue. La forme, la situation de cette saillie,

se rapporteraient bien au côlon transverse. Mais on ne s'explique pas comment celui-ci peut être distendu, alors que l'obstacle aux matières doit être situé à l'origine du gros intestin. Nous essayons de porter un soulagement en pratiquant le lavage de l'estomac. Nous retirons une grande quantité d'un liquide analogue à celui vomé ; mais l'état des forces du malade nous inspire de vives craintes de le voir succomber au cours de l'opération. Dans ces conditions, le lavage n'amène aucun soulagement, et le malade meurt le 4 juillet à midi.

AUTOPSIE. — Nous ne relèverons ici que ce qui a trait à la cavité abdominale. Signalons seulement l'apparence du lobe inférieur du poumon gauche, qui crépite à peine, se déchire très facilement, présente une couleur lie de vin. Ce lobe a une odeur gangréneuse qui ne se retrouve en aucune partie du reste des poumons. Il semble qu'il y ait là un début de gangrène due à l'arrivée d'une partie du contenu intestinal, expulsé par les vomissements. L'examen microscopique fait voir en effet des organismes inférieurs allongés, analogues à ceux que l'on trouve dans le tube digestif. Dans la partie supérieure de l'abdomen nous trouvons d'abord l'estomac, qui contient une quantité notable de liquide fécaloïde. Au-dessous se trouvent deux anses d'intestin grêle distendues par les gaz, d'une couleur rouge sombre. Ce sont ces anses que l'on voyait et sentait pendant la vie. On ne voit ni le côlon, ni l'épiploon. Ceux-ci sont très profondément situés et ne peuvent être aperçus que si on écrase les anses d'intestin grêle, de façon à voir jour dans le sillon qui sépare ces anses du bord inférieur de l'estomac.

Signalons enfin l'existence sur la face convexe du foie, de deux plaques de périhépatite de la dimension d'un franc. Ce sont les seules traces de péritonite dans la région sus-ombilicale. Au-dessous de l'ombilic, l'aspect change : on constate d'abord à droite le cæcum gros comme le poing, non modifié au premier abord.

A gauche, les anses d'intestin grêle agglutinées par des fausses membranes fibrino-purulentes assez épaisses. Ces anses n'adhèrent pas à la paroi abdominale.

En examinant avec plus de soin, on reconnaît au-dessus du pubis

l'existence d'une poche à contenu purulent, qui s'élève en haut, à deux travers de doigt du bord de l'os et qui, en bas, s'étend en arrière de celui-ci. Cette cavité est plus grosse qu'une mandarine. Elle renferme un pus floconneux d'odeur putride, de couleur franchement jaune. L'os iliaque répond à sa face postérieure. Le péri-toïne épaissi ainsi que la paroi abdominale forment sa face antérieure. En avant et en haut, la paroi de l'abcès est surtout épaisse. Elle est formée par un tissu conjonctif calleux, résistant, qui envoie des prolongements entre les anses d'intestin grêle. A ce niveau les anses intestinales sont comprimées, aplaties ; on ne peut y faire circuler le doigt. Cette collection purulente n'est pas enkystée complètement et présente entre les anses intestinales plusieurs diverticules. Le plus intéressant de ces diverticules, facile à suivre fait communiquer la cavité avec le foyer de pérityphlite. Ce foyer est situé en dehors du cæcum ; on le voit bien en repoussant celui-ci en dedans. Une loge anfractueuse est creusée dans le tissu cellulaire péri-cæcal, loge à grand axe vertical, ayant la forme et les dimensions d'un œuf de dinde. A la partie moyenne de cette loge se trouve l'appendice iléo-cæcal, plusieurs fois contourné, d'une couleur grisâtre. Contrel'abouchement de l'appendice, on trouve une masse dure, de consistance pierreuse ; il s'agit d'une concrétion stercorale ayant la forme d'un croissant, la couleur et l'apparence d'un gros noyau d'olive. Des incrustations très fines donnent à sa surface une apparence chagrinée. La distance qui sépare ses deux cornes est de plus de 2 centimètres. En le sciant, on reconnaît qu'il est formé de couches concentriques, et l'on ne peut trouver de noyau organique central. Il y a une légère odeur stercorale.

Le corps étranger s'est évidemment formé à l'origine dans l'appendice cæcal, dont il a reproduit comme un moule la direction et la forme. Du fait du corps étranger, il y a eu perforation de la partie initiale de l'appendice et de la portion adjacente du cæcum. Le corps étranger est situé vis-à-vis de cette perforation, qui a, dans le cæcum, une forme linéaire et est longue de 1 centimètre.

A la partie supérieure de cette perforation s'insère le cordon rudimentaire qui subsiste de la partie initiale de l'appendice.

La partie terminale de l'appendice est encore tuberculeuse, mais elle présente deux petites perforations situées près du sommet et qui se sont faites de dehors en dedans. Plusieurs parois de ce foyer de pérityphlite ont l'odeur de la macération anatomique. L'intestin grêle peut être divisé en deux parties ; les deux tiers supérieurs sont distendus, le tiers inférieur aplati. La distension commence dès le pylore.

L'intestin pâle dans le tiers supérieur, est rouge sombre dans le tiers moyen, gris dans le tiers inférieur.

OBS. XVII (A. SOUQUES, *Bulletins de la Société anatomique*, 1889, p. 429). — *Abcès multiples du foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse avec lésions de l'appendice.*

Le nommé R... Emile, âgé de 58 ans, terrassier, entré à l'hôpital Broussais, le 20 mai 1889, salle Lasègue, 28, dans le service de M. Chauffard.

Cet homme ne présente aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Quant à ses antécédents personnels, il aurait eu des fièvres intermittentes de l'âge de 7 ans à l'âge de 11 ans. Il s'agissait d'accès quotidiens revenant tous les matins vers onze heures et ne durant qu'un mois par année. A onze ans, le malade quitte la Sologne et ne présente jamais plus d'accident paludique. A part ces phénomènes d'intoxication paludéenne, cet homme n'a jamais eu de maladie sérieuse ; il n'a jamais eu d'affections vénériennes, il n'est pas alcoolique. C'est simplement un homme exerçant une profession pénible, ayant toujours beaucoup travaillé, fatigué, surmené, dont les articulations sont à demi ankylosées. Le 17 mai 1889, il est brusquement, sans cause appréciable, pris de douleur abdominale diffuse et d'oppression. Le lendemain, il est obligé de quitter son travail ; il se trouvait las, courbaturé, sans appétit, tourmenté par la soif. A la suite d'une purgation qu'il s'administre, la douleur abdominale, jusque-là diffuse, dit-il, se localise au niveau de l'hypochondre droit. Se trouvant incapable de travailler, le sommeil troublé par des rêvasseries professionnelles, il se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée le 21 mai, on constate les signes suivants : un point douloureux, au niveau du bouton diaphragmatique, assez vif, exagéré par la pression et par la toux. L'abdomen est souple, indolent, non ballonné. Le malade se plaint de courbature, de malaise généralisé, de céphalalgie. La langue est bonne. Ni nausées, ni vomissements. Diarrhée abondante, bileuse : soit assez vive, inappétence. Les urines ne renferment ni albumine ni sucre. Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal. La température rectale atteint 39° le matin, 39°2 le soir. Le malade est mis en observation. Régime lacté.

22. — L'état général n'est pas sensiblement changé ; température, 38°8 le matin, 40° le soir.

23. — La douleur irradie dans toute la région hépatique. La matité du foie est un peu augmentée. Teinte légèrement subictérique. Température 39° matin et soir. Même état général.

24. — La matité hépatique est de 13 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La tuméfaction du foie est uniforme et l'organe déborde partout les fausses côtes.

La douleur est un peu diminuée. A l'auscultation de la région hépatique on perçoit très distinctement des frottements secs de périhépatite. On prescrit une vessie de glace sur la région douloureuse, 0,75 centigrammes de quinine, deux lavements froids quotidiens, six ventouses scarifiées sur l'hypochondre et deux grammes de naphтол et de salicylate de bismuth. Urines : 900, foncées. Urée totale, 8 gr. 95. Les jours suivants, rien de nouveau à signaler, les selles sont striées de sang.

25. — Urine, 800 grammes. Urée totale, 6 gr. 725. Température, 38°5 le matin, 39°8 le soir.

27. — Le point douloureux a totalement disparu. La diarrhée devient plus abondante et les selles sont encore sanguinolentes, l'état général s'aggrave, fuliginosités sur les lèvres, langue sèche, altération des traits, adynamie. Quelques râles sous crépitants aux deux bases de la poitrine. Le foie a notablement augmenté de volume, son bord antérieur est très sensible à la palpation. Température, 38° le matin, 38°8 le soir.

Pouls, 110. Urines, 120 grammes. Urée totale, 9 gr. 30. Médication tonique et antiseptique.

28. — Les selles sont moins fréquentes et ne sont plus sanguinolentes. Les frottements périhépatiques subsistent avec la même intensité. Le ventre est ballonné, indolent. L'état général s'aggrave insensiblement. La pression la plus forte ne réveille aucune douleur au niveau de l'hypochondre droit. Température, 37°8 le matin, 38°8 le soir.

29. — La diarrhée persiste, le foie grossit de plus en plus, sa matité sur la ligne mamelonnaire est de 14 centimètres, sur la ligne médiane du corps de 12 centimètres ; sa consistance est partout uniforme et régulière. La température est de 37°8 le matin, 38°8 le soir ; pouls petit et fréquent. Urines, 800 grammes, non albumineuses, contenant des phosphates en suspension. Urée totale, 6 gr. 50. La température baisse d'une façon régulière.

Même traitement et, en outre, une portion cordiale avec 4 grammes d'extrait de quinquina.

30. — L'amaigrissement est très manifeste, les traits sont profondément altérés, la diarrhée continue. Foie toujours très gros ; ventre ballonné. Pouls petit, filiforme, misérable. Teint légèrement subictérique. Quelques râles muqueux aux deux bases du poumon. Urines, 700 grammes, sales, brunâtres. Température : 38° le matin, 37°8 le soir.

31. — Le foie augmente à vue d'œil, pour ainsi dire ; la matité hépatique mesure 16 centimètres sur la ligne médiane, et 18 centimètres sur la ligne mamelonnaire. La palpation la plus méthodique ne réveille aucune douleur. A l'auscultation de l'hypochondre, on entend de gros frottements de cuir neuf dans le lobe droit.

Dans le lobe gauche, ces frottements existent, mais sont plus fins. Leur maximum se trouve à l'intersection de deux lignes, l'une verticale, prenant dans l'hypochondre droit à 8 centimètres de la ligne médiane, l'autre horizontale, passant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En ce point, ces frottements sont très sensibles à la main, surtout dans les mouvements inspiratoires. La

fièvre garde toujours son type régulier (température : 38° le matin, 37°8 le soir et la palpation reste toujours indolente. La diarrhée n'a pas cessé. Encore quelques gros râles aux deux bases, avec quelques frottements à la base droite.

1^{er} juin, — Depuis hier la matité du foie a augmenté de 2 centimètres environ ; elle atteint l'ombilic sur la ligne médiane. Le malade s'affaiblit progressivement. Refroidissement des extrémités. Température : 37°6 le matin. Pouls petit, misérable. Diarrhée persistante. M. Chauffard fait trois ponctions exploratrices avec l'appareil de Potain, deux dans le lobe droit, une dans le lobe gauche ; celle-ci reste sèche ; des deux autres, l'une seulement ramène quatre-vingts grammes d'un pus épais et granuleux. On en prend quelques gouttes pour en faire un examen bactériologique.

M. Reclus, consulté au point de vue de l'intervention, ne pense pas que celle-ci puisse être supportée par le malade.

Le soir, le malade a 37°8 de fièvre ; il a la voix grêle, cassée, il s'affaiblit de plus en plus et meurt dans le collapsus à deux heures du matin.

AUTOPSIE trente heures après la mort. — A l'ouverture de la *cavité thoracique*, on trouve un épanchement pleural double de sérosité citrine abondante. Le *poumon gauche* est adhérent à la partie supérieure et antérieure ; congestion assez intense du sommet et noyaux anciens de tuberculose fibreuse presque crétaçée dans le lobe supérieur. A droite, même congestion du sommet, mêmes lésions de tuberculose ancienne, œdème assez notable. Le *cœur* ne présente rien de remarquable ; la mitrale est souple avec un léger épaississement des fibres tendineuses. L'aorte est saine. Traces de péricardite sèche localisée autour des troncs aortiques et pulmonaires.

A l'ouverture de l'*abdomen*, le foie fait saillie ; le *péritoine* est intact. Les *reins* sont normaux.

La *rate* est volumineuse, doublée de poids, présentant des lésions de périsplénite fibreuse ancienne et de périsplénite aiguë récente.

Le *foie* est très hypertrophié. Son poids est 3900 grammes ; ses di-

mensions sont dans le sens vertical de 25 centimètres et au niveau du lobe droit, de 30 centimètres sur la partie médiane de ce même lobe, de 18 centimètres au niveau du lobe gauche ; dans le sens transversal, son plus grand diamètre est de 29 centimètres. Sur la face antérieure, à la partie moyenne, dans le sinus droit de l'angle formé par le ligament falciforme et le ligament suspenseur, on voit une poche allongée, verticale, de la grosseur d'une tête de fœtus limitée en avant et en haut par la face inférieure du diaphragme et le ligament falciforme en arrière par le foie lui-même. Les parois de cette poche sont d'un jaune grisâtre, tomenteuses ; ses limites marquées par un bourrelet de fine injection vasculaire. Elle contient du tissu hépatique sphacelé et du pus. La pression de cette volumineuse poche fait sourdre un pus granuleux et sanguinolent ; du reste, cette poche s'est ouverte dans les tiraillements qui ont amené l'extraction du foie.

Pas plus à son niveau qu'en tout autre point de la surface hépatique, on ne trouve la trace des ponctions qui avaient été faites du vivant du malade. Au-dessous de cet abcès, il existe une autre poche du volume d'une orange ; elle est séparée de la première par un pont étroit de tissu hépatique sain. A la partie moyenne et un peu supérieure du lobe droit, il existe une vaste poche fluctuante, grosse comme le poing et sphéroïdale ; à sa partie centrale la paroi d'enveloppe est d'un blanc rosé et parcourue par de petits vaisseaux. On voit également une autre poche fluctuante à la partie moyenne du bord inférieur de l'organe ; on en aperçoit encore une cinquième, mais moins étendue, à l'angle inférieur gauche du bord inférieur du foie.

A la palpation, on reconnaît dans le reste de l'étendue de nombreux noyaux indurés. En pratiquant une coupe verticale à la partie moyenne du lobe droit, on découvre trois abcès de même forme, de même volume, c'est-à-dire gros chacun comme une petite orange, contenant le même pus grumeleux, filamenteux, glaireux, et se continuant sans capsule d'enkystement bien marquée avec le parenchyme hépatique ambiant.

Lorsqu'on retourne le foie, on constate que deux des abcès cons-

tatés à la coupe font saillie à la face inférieure. Deux autres s'y dessinent également, l'un, contigu au bord gauche du lobe de Spiegel, l'autre contigu au bord gauche du lobe carré. Sur une coupe verticale faite au niveau de ces deux poches inférieures, on voit qu'elles présentent même forme, mêmes parois tomenteuses, même contenu que celles déjà décrites plus haut. Le pus de ces divers abcès n'est pas fétide ; il faut en excepter celui d'une poche apparente sur la face inférieure placée au voisinage de l'intestin.

La vésicule biliaire contient une bile jaune et d'aspect normal.

Le tissu de la veine porte ainsi que son tronc et ses racines ne sont pas intéressés. Ses branches intra-hépatiques disséquées sur la sonde cannelée sont également normales.

L'estomac, depuis le cardia jusqu'au pylore, ne présente aucune trace d'altération ; sa muqueuse est simplement rouge et fortement injectée.

L'intestin grêle, dans toute son étendue, est d'apparence normale ; dans la première et dans la deuxième portion, on rencontre également quelques fines arborisations vasculaires.

Le gros intestin présente des altérations remarquables par leur confluence et leur localisation. Le côlon, le rectum sont sains.

Le cæcum en place ne présente extérieurement aucune altération appréciable ; il est de volume normal. L'intestin est détaché de ses insertions mésentériques dans tout son trajet, lavé, incisé et déroulé. On remarque que le cæcum seul présente des lésions. On aperçoit en effet dans toute son étendue et particulièrement sur sa face postérieure, de nombreuses ulcérations. Ces ulcérations sont la périphérie de quelques-unes d'entre elles. Leur volume varie entre une tête d'épingle et une pièce de vingt centimes. Le fond ne dépasse pas la muqueuse, il est un peu sanieux, tomenteux.

A l'ouverture de l'appendice iléo-cæcal, on constate également cinq à six ulcérations grosses comme une tête d'épingle ou une lentille. Leur fond rappelle celui des ulcérations précédentes. A la limite du cæcum et du côlon ascendant, on voit une vingtaine de points saillants, gros comme une petite lentille, arrondis, bien limités, paraissant siéger dans la muqueuse, mobiles sur les plans

sous-jacents. Quelques-uns sont ulcérés au sommet, et d'autres présentent un point blanchâtre, suppuré, comme prêt à s'ouvrir. Les ganglions du voisinage sont assez apparents, noirâtres, un peu augmentés de volume.

Sur la surface externe du cæcum détaché et isolé, on peut voir en deux points une légère teinte sombre, ecchymotique, correspondant à deux ulcérations cæcales un peu plus profondes que les autres.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — L'examen bactériologique du pus a été fait du vivant du malade et après sa mort ; un certain nombre de lamelles ont été préparées, les unes avec le pus retiré par la ponction, les autres après la mort, d'une part avec le contenu des abcès hépatiques, d'autre part avec les produits de raclage des ulcérations intestinales. Ces lamelles ont été colorées au violet de méthyle. Leur examen microscopique n'a pas permis de reconnaître de micro-organismes spéciaux, pas de bacilles, seulement de nombreux microcoques isolés ou en points doubles, ainsi que quelques staphylocoques, mais nulle part aucune trace de streptocoque.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous semble intéressante à plusieurs titres. Et d'abord à cause de l'absence totale de phénomènes de typhlite. En effet, le malade n'a jamais présenté aucun des signes habituels des inflammations cæcales : douleur localisée à la fosse iliaque droite, ballonnement du ventre, vomissements, constipation. Au contraire, les douleurs étaient exclusivement limitées à l'hypochondre droit et encore pendant le premier stade de l'évolution ; le ventre était à son entrée souple et plat. La diarrhée est restée, pendant toute la durée de la maladie, abondante, bilieuse, sanguinolente même pendant quelques jours. De telle manière que ces divers signes isolés auraient pu même égarer le diagnostic en rappelant le complexe symptomatique de la dysenterie.

D'autre part, si la douleur dans la région hépatique, si l'augmentation rapide et progressive du volume du foie attiraient l'attention du côté de cet organe, il faut avouer que le diagnostic

d'abcès du foie ne s'imposait nullement. Les signes primordiaux des suppurations profondes, à savoir les frissons violents et irréguliers, les ascensions brusques et disproportionnées de la température, ont complètement manqué durant tout le cours de la maladie. Le thermomètre a toujours oscillé entre 38° et 39° avec une rémission matinale de un degré en moyenne.

On aurait avec beaucoup plus de raison pu songer au cancer primitif du foie à marche rapide et à certaines formes de cirrhose hypertrophique graisseuse, qu'à une suppuration hépatique.

Les phénomènes douloureux localisés à l'hypochondre ont rapidement disparu et la palpation la plus méthodique, la plus profonde n'a jamais pu les réveiller. Et cependant, l'intelligence et la sensibilité du malade étaient parfaitement conservées.

Le diagnostic d'abcès du foie était donc difficile. Il a néanmoins été porté et la ponction est venue le contrôler et le confirmer.

L'intervention chirurgicale que le mauvais état général du malade a fait rejeter aurait, dans le cas actuel, été absolument inutile. Si dans les grands abcès du foie des pays chauds, abcès le plus souvent uniques, cette intervention est justifiée, utile, il est bien certain qu'elle aurait été inefficace en présence des nombreux foyers purulents épars dans le parenchyme, foyers absolument contemporains. Un fait tout aussi intéressant, c'est l'évolution extrêmement rapide de la maladie.

En quinze jours, le foie était triplé de volume, farci de dix abcès volumineux du même âge et de même configuration. Enfin l'intégrité du tronc de la veine porte, de ses principales racines et subdivisions est digne de remarque.

En terminant, il nous faut signaler la non-constatation de bactéries spéciales et la présence des micro-organismes de la suppuration ordinaire. Si les collections purulentes intra-hépatiques pouvaient, jusqu'à un certain point, rappeler par leur volume les abcès des pays chauds, il est bien évident qu'ils en diffèrent sensiblement par leur nombre et par l'absence d'accidents paludiques. Sans doute, le malade avait eu des fièvres intermittentes, mais dans son jeune âge, et depuis quarante-sept ans il n'avait présenté

aucun signe d'intoxication palustre. D'autre part, ces collections multiples semblent ressortir à la pyohémie ; elles en diffèrent pourtant par leur volume qui est beaucoup plus considérable et par l'absence du pus collecté en d'autres points de l'organisme. Et cependant c'est bien d'infection purulente qu'il s'agit dans l'espèce.

Les ulcérations cæcales ont vraisemblablement servi de porte d'entrée à une infection secondaire qui, à son tour, a engendré les déterminations hépatiques. Quant à la cause de la typhlite, elle semble entourée d'obscurité. Rien pendant la vie n'avait attiré l'attention du côté du cæcum ; rien au moment de l'autopsie et à un premier examen n'attirait les regards de ce côté, si bien que l'intestin détaché de ses insertions mésentériques a été lavé dans son ensemble sans qu'on ait pu, au préalable, se rendre compte de son contenu et voir si le cæcum ne contenait pas quelques corps étrangers, cause première de la typhlite. C'est là l'hypothèse qui nous paraît la plus plausible et à laquelle on arrive par exclusion. Il ne saurait s'agir de typhlite tuberculeuse (l'examen bactériologique n'a pas fait reconnaître le bacille de Koch). Du reste, l'intestin grêle et tous les organes étaient absolument exempts de tubercules et la tuberculose fibreuse et localisée au sommet du poumon ne peut avoir ici grande valeur.

Pour des raisons de même ordre, la dysentérie, la fièvre typhoïde et les diverses causes d'ulcérations cæcales ne semblent pas devoir être incriminées. Il est donc infiniment probable que les ulcérations cæcales reconnaissent pour cause la présence de corps étrangers et que ces altérations folliculaires ont été la porte d'entrée de l'infection soudaine du foie.

M. CORNIL. — Les typhlites ne sont pas encore bien connues au point de vue de leur évolution anatomique. Au début l'inflammation du cæcum s'accuse par de la rigidité de la paroi, et cette rigidité, jointe aux matières contenues, constitue une tumeur ayant la forme et la direction du cæcum. La rigidité de la paroi cæcale persiste plusieurs mois encore, après l'évacuation des matières et dans ces cas-là on ne sait pas très exactement ce qui se passe au point de vue anatomique.

Comme le fait remarquer l'auteur dans ses réflexions, cette observation présente un fait particulier, c'est l'absence de signes précis de typhlite au début ; et son hypothèse nous paraît aujourd'hui encore plus justifiée qu'à l'époque où il publia cette observation, étant donné les idées actuelles que nous avons de l'appendicite. Son malade a bien eu une typhlite, une typhlo-appendicite, et on ne peut pas établir une barrière entre la typhlite et l'appendicite trouvées à l'autopsie.

Obs. XVIII (MARIAGE, thèse 1891). — *Typhlite*.

Il s'agit d'un jeune garçon, de dix ans, entré dans le service de M. Legroux au mois de juin 1889 avec des symptômes de typhlite vraie stercorale.

Constipation opiniâtre, fièvre, douleur dans la fosse iliaque droite, on pouvait percevoir par la palpation de la partie droite du ventre ce boudin pâteux qui est décrit dans les auteurs. Pas de vomissements, pas de symptômes généraux graves, rien que de la faiblesse.

Le début de la maladie remontait à deux jours.

La révulsion locale, la glace en sachets sur la fosse iliaque droite et un purgatif avaient amendé assez rapidement les symptômes aigus et l'enfant allait localement beaucoup mieux quand il contracta dans l'hôpital une angine diphthérique grave qui se compliqua de croup et l'enfant mourut après avoir été transporté au pavillon de la diphthérie. Je pus faire son autopsie et je constatai du côté du cæcum les lésions suivantes :

Les parois du cæcum étaient un peu augmentées de volume : la muqueuse était un peu rougie et tuméfiée, il n'y avait pas d'ulcérations ni de perforations ; mais, chose importante, on trouvait en même temps des adhérences péri-cæcales avec le petit intestin et au milieu de ces adhérences quelques petits abcès bien limités. Le plus volumineux situé à la partie interne du cæcum près de

l'embouchure de l'intestin grêle avait le volume d'une noisette. Le péritoine ne présentait pas de lésions généralisées.

L'appendice était libre et tout à fait sain.

Cette observation est une preuve de l'existence de la typhlite et de la pérityphlite vraies : et remarquons en passant qu'ici les lésions de pérityphlite se sont comportées comme de véritables lésions péri-appendiculaires. L'appendice n'avait pas encore eu le temps de se prendre, mais il est permis de croire qu'il aurait été envahi à bref délai par le processus infectieux.

OBS. XIX (P. MERMET, *Bulletins de la Société anatomique*, 1896). — *Appendicite à rechutes. — Invagination cæcale de l'appendice.*

H... Augustine, âgée de 35 ans, entre le 27 février 1896 à l'hôpital Cochin dans le service de notre maître M. Schwartz, salle Sédillot, n° 9.

Cette femme assez solide et vigoureuse n'a aucune tare sérieuse héréditaire ou personnelle. Les parents sont tous bien portants. Elle-même n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui l'amène à l'hôpital. Réglée à 15 ans, elle a eu à 22 ans un enfant : la grossesse et l'accouchement ont été normaux.

Depuis 3 ans 1/2 cette femme souffre au moment de ses règles. Tout d'abord celles-ci étaient simplement plus douloureuses, s'accompagnant d'irradiations lombaires et iliaques vives : en même temps, le ventre se ballonnait et une diarrhée muqueuse survenait pendant deux ou trois jours.

Ces accidents dysménorrhéiques et intestinaux se répétèrent pendant quelques mois, puis cessèrent bientôt.

L'année dernière la malade fut reprise des mêmes accidents plus intenses cette fois, mais survenant toujours au moment ou un peu avant chaque période menstruelle.

Voici comment survenait la crise : deux jours avant ses règles, cette femme était arrêtée par des douleurs abdominales, à début

Brusque, plus intenses à droite, s'accompagnant de symptômes gastro-intestinaux, de nausées sans vomissements, de perte de l'appétit ; le ventre devenait sensible au toucher et se ballonnait, la malade était forcée d'interrompre son travail et de garder le lit. Le soir même ou le lendemain de cette crise, survenaient des gargouillements et des coliques vives siégeant sur tout le trajet du gros intestin, suivies rapidement d'une diarrhée muqueuse, d'une véritable débâcle avec selles glaireuses et douloureuses. La crise intestinale se terminait ainsi, les règles survenaient, duraient 3 à 4 jours, et la malade était guérie pour tout le mois de ces accidents douloureux.

Depuis l'année dernière, les mêmes crises se reproduisirent avec des intensités variées à chaque époque menstruelle. Dans les périodes intercalaires la malade n'accuse pas grands symptômes ; son ventre reste seulement un peu sensible dans la fosse iliaque droite, et à part de temps à autre quelques débâcles diarrhéiques dues à l'atonie de son gros intestin, cette femme peut vaquer à ses occupations. Sa santé générale reste bonne ; elle n'a aucun accident de tuberculose pulmonaire ou autre. Il y a dix mois, encore au moment d'une époque menstruelle, des symptômes péritonéaux plus graves accompagnèrent la crise appendiculaire ; la malade fut obligée de garder le lit pendant un mois pour une poussée de péritonite adhésive de la région cæcale.

Les accidents ne se modifiant pas et se reproduisant à peu près à date fixe tous les mois, cette femme se décide à demander une intervention chirurgicale.

Etat à l'entrée. — Le 27 février, la malade vient d'avoir une crise. On constate que le ventre est un peu ballonné sur tout le trajet du gros intestin qui se dessine à travers la paroi abdominale ; il est de plus douloureux dans la fosse iliaque droite. A la palpation, on sent dans la région cæcale à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, une masse oblongue, du volume des deux pouces, dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, de consistance pâteuse, mollassée et sensible à la palpation ; elle donne la sensation d'un S iliaque rempli de matières.

De par sa situation, cette tuméfaction répond plutôt à la situation du cæcum qu'à celle de l'appendice. Tout le reste de l'abdomen est souple.

A la percussion, on trouve un gros intestin dilaté sur tout son trajet : cette atonie intestinale nous explique suffisamment les accidents d'entérite glaireuse présentés par la malade.

L'examen des organes génitaux, soigneusement fait, montre des lésions métritiques peu marquées, un utérus de volume et de situation normaux. Les ovaires et les trompes sont perceptibles au toucher vaginal ; les ovaires notamment sont mobiles contre la paroi pelvienne paraissant durs et scléro-kystiques. La trompe droite semble se continuer avec la tumeur qu'on sent au palper abdominal.

L'examen des autres viscères est négatif. Les symptômes fonctionnels accusés par la malade sont ceux que nous avons signalés en dehors des crises appendiculaires.

LAPAROTOMIE MÉDIANE. — Le 17 mars, pensant à la fois à des lésions de salpingite droite ectopique et d'appendicite à rechutes, M. Schwartz fait une laparotomie médiane. Celle-ci est presque purement exploratrice ; l'utérus et les annexes sont reconnus sains. On libère simplement la trompe droite en rompant quelques adhérences qui la reliaient au cæcum. Celui-ci forme dans la fosse iliaque une masse adhérente, qu'en raison de brides péritonéales résistantes on ne peut facilement explorer et amener au travers de l'incision hypogastrique ; cette masse est inégale, molle et collée intimement au péritoine pariétal de la région. On referme le ventre et on décide d'aborder dans une seconde séance les lésions intestinales par la voie latérale.

L'opérée se remet rapidement. Au quinzième jour, à l'ablation des fils, elle est reprise des mêmes accidents péritonéaux qu'autrefois : douleur iliaque, ballonnement du ventre, coliques, diarrhée ; les règles apparaissent deux jours après, moins abondantes que de coutume.

INCISION ILIAQUE. — Le 25 avril, M. Schwartz décide d'intervenir par l'incision iliaque. La laparotomie latérale ainsi faite amène sur un cæcum dilaté et adhérent d'où émerge un appendice à moi-

tié inclus dans l'ampoule cæcale, comme nous le verrons plus haut. Les adhérences sont rompues et liées ; l'appendice invaginé est libéré, lié également au niveau de sa base, puis réséqué. Drainage consécutif de la plaie, suture en étages de la paroi ; réunion par première intention.

Quinze jours aujourd'hui après l'opération et quoiqu'au moment des règles, la malade a peu souffert.

ETUDE ANATOMIQUE. — **Cæcum.** A l'opération, on trouva l'ampoule cæcale dilatée dans toute sa hauteur, adhérente par sa partie inféro et postéro-externe au péritoine pariétal de la fosse iliaque ; les adhérences étaient solides, presque fibreuses et relativement peu vasculaires ; elles fixaient ainsi intimement le cæcum à la paroi pelvienne.

Du côté interne, celui-ci était relié moins intimement à l'épiploon par quelques brides peu résistantes, qu'il fut facile de rompre. Les adhérences inférieures et externes cédèrent plus difficilement ; on dut véritablement disséquer le cæcum et jeter quelques ligatures sur elles. Nulle part autour du cæcum il n'existait de poches purulentes, mais partout au contraire on rencontrait les traces de poussées successives de péritonite adhésive.

Appendice vermiculaire. Au point de vue de la disposition extérieure, l'appendice présentait deux portions, une portion libre extra-cæcale et une autre incluse ou intra-cæcale.

La première portion était la seule visible sans manœuvres, lors de l'ouverture du ventre ; elle naissait de la partie antéro-interne de l'ampoule cæcale, longue de 2 cent. 1. 2 elle s'inclinait en arrière présentant ainsi dans son trajet une convexité antérieure et gauche. Ses parties latérales étaient adhérentes aux anses intestinales voisines et à l'épiploon ; il fut relativement assez facile de les libérer. Son bord postérieur donnait naissance à un méso-appendice épaissi et tout à fait réduit. De son sommet partait une bride fibro-graisseuse qui venait s'insérer sur le péritoine pariétal de la paroi abdominale antérieure.

La deuxième portion de l'appendice fut découverte au cours de l'opération ; en suivant cet appendice du sommet vers sa base, on

put isoler une portion d'appendice longue de 4 cent. 1/2, enclavée, invaginée complètement dans la paroi cæcale postérieure ; celle-ci formait une véritable gaine analogue à une synoviale tendineuse, le méso-appendice représentant ici le méso-tendon de cette gaine ; on dut en effet pour l'isoler le sculpter dans le tissu fibreux qui le réunissait à la paroi intestinale. Dans son trajet invaginé l'appendice décrivait un véritable S italique et sa base véritable venait s'insérer au niveau de la partie postéro-externe de l'ampoule cæcale.

L'appendice enlevé a une longueur de 9 centimètres. La surface externe est à peu près lisse dans sa portion libre ; dans sa portion invaginée, au contraire, elle est rugueuse. Sa cavité intérieure est très inégale ; au niveau de sa base, il existe un rétrécissement serré admettant à peine un fin stylet de trousse, la portion libre était légèrement dilatée et avait 1 centimètre environ de diamètre ; la cavité contenait en ce point du mucus et de petites concrétions fécales. Les parois de cet appendice sont fortement épaissies et ont 6 millimètres environ de diamètre ; on constate à l'œil nu que cet épaississement porte surtout sur la séreuse et le tissu sous-séreux, attestation évidente des poussées successives de péritonite localisée, plastique et adhésive présentées par la malade, la muqueuse est hypertrophiée elle aussi, elle atteint 1 millimètre de hauteur ; il n'existe à sa surface ni ulcération, ni lésion tuberculeuse.

L'examen histologique fournit des renseignements qui concordent avec ceux de la simple inspection à l'œil nu. Sur les coupes, on voit que la muqueuse et la celluleuse sont peu atteintes. Les lésions portaient surtout sur la tunique séreuse dont le tissu sous-endothélial est très épaissi, hypertrophié, forme des bandes fibreuses qui vont se perdre jusque dans la tunique musculaire.

Il s'agit en somme ici d'une péritonite appendiculaire fibreuse ou plastique.

RÉFLEXIONS. — Les deux points sur lesquels nous voulons insister sont :

1° Les allures cliniques et la date d'apparition de ces rechutes d'appendicite. Cliniquement, il s'agit plutôt ici de poussées mensuelles de péritonite partielle, appendiculaire, de péri-appendicite que d'appendicite proprement dite.

L'époque d'apparition de ces rechutes, deux jours avant le début des règles, s'accorde d'ailleurs mieux avec la prédominance des lésions péritonéales qu'avec celle de lésions intestinales.

Nous sommes tenté d'expliquer ainsi la pathogénie des accidents présentés par notre malade ; nous avons affaire à une femme atteinte d'atonie intestinale avec catarrhe muqueux du gros intestin et dilatation cæcale ; au moment des époques menstruelles, les accidents d'entérite augmentent sous l'influence de la poussée congestive ; du côté de l'appendice, ils sont encore plus marqués en raison des relations étroites de l'appendice avec les annexes droites (ligament appendiculo-ovarien), les péritoines cæcal et appendiculaire se prennent, d'où les symptômes péritonéaux de la crise, et la nature particulière des lésions anatomiques.

2° Celles-ci sont, en effet, intéressantes. Nous rappellerons la couture et l'enclavement de l'appendice dans le cæcum, faciles à expliquer par ces poussées de péritonite partielle à répétition, péritonite manifeste doublement et par les adhérences des divers feuillets de la séreuse et les déformations imprimées aux organes sous-jacents, et par l'épaississement du tissu sous-péritonéal et de la séreuse elle-même au niveau de l'appendice enlevé.

L'explication pathogénique donnée par l'auteur dans le premier alinéa de ses réflexions, explique pourquoi nous avons relaté cette observation. Catarrhe muqueux de l'intestin à prédominance cæcale et propagation à l'appendice prédisposé par sa situation et par ses relations étroites avec les annexes, à la congestion et à l'inflammation : telles furent les étapes probables du processus inflammatoire chez cette malade.

OBS. XX (QUÉNU, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 24 janvier 1900). — *Typhlite perforante prise pour une appendicite*.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans entrée dans notre service à l'hôpital Cochin, le 9 novembre 1899. A l'âge de seize

ans, cette malade a été prise subitement, en dehors d'une époque menstruelle, d'une violente douleur occupant la fosse iliaque droite avec ballonnement du ventre et vomissements : les accidents furent assez prononcés et persistants pour exiger un séjour de deux mois au lit.

Depuis, la santé fut assez bonne et cette jeune femme se maria, il y a un peu moins d'un an, devint grosse de suite et accoucha il y a un mois.

L'accouchement fut simple, il n'y eut, de la part de la sage-femme, aucune manipulation ni irrigation ; néanmoins, trois ou quatre jours après l'accouchement, des douleurs très vives, que le moindre frôlement des draps rendait insupportables ; le côté gauche n'a jamais été le siège d'aucune sensibilité. Il y a eu trois ou quatre jours de fièvre.

L'exploration par le palper abdominal nous fait découvrir une petite tuméfaction dure et très douloureuse, un peu au-dessous de la ligne qui joint l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. Au toucher, on ne trouve rien d'anormal à gauche ; à droite, les annexes semblent prises et faire partie de la tuméfaction iliaque. Le col est déchiré et un peu mou ; très peu de pertes.

Nous portons le diagnostic d'appendicite ancienne avec lésions de la trompe droite.

Le ventre ouvert en position inclinée, il fut très aisé de faire les constatations suivantes : la trompe droite renferme du pus, l'appendice est appliqué à sa surface, recourbé en 8 de chiffre et sain, mais à 2 centimètres de l'insertion de l'appendice sur le cæcum recouverte par des adhérences étendues du cæcum au pavillon, il existe une perforation intestinale ronde, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes.

Cette perforation cæcale n'était-elle pas consécutive à l'évacuation d'un abcès de la trompe d'origine génitale ?

Cette interprétation est évidemment soutenable ; néanmoins, si l'on songe à la localisation droite des lésions, à l'intégrité des annexes gauches, et surtout à l'attaque de péritonite ancienne dont les caractères furent si nettement appendiculaires, on ne peut s'em-

pêcher de croire à la priorité de l'ulcération cœcale et à l'existence, à l'âge de seize ans, d'une para-appendicite de siège cœcal.

OBS. XXI (ALBARRAN, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 7 février 1900). — *Appendicite familiale ; gangrène de l'appendice et double perforation du cæcum ; péritonite généralisée ; guérison.*

Fillette de douze ans. Elle avait deux sœurs et un frère. La sœur aînée a été opérée en février 1896 pour une appendicite, avec péritonite généralisée : je trouvai sur la ligne médiane l'appendice long de 15 centimètres presque complètement détaché du cæcum ; la cavité péritonéale contenait une très grande quantité de pus. J'opérai cette enfant à la dernière extrémité avec le concours de M. le Dr Brun : elle mourut quelques heures après. Une autre sœur, âgée de quatorze ans fut atteinte d'appendicite à la fin de l'année 1897. Je l'opérai le cinquième jour après le début des accidents avec l'assistance de M. Brun. Nous trouvâmes ici encore un appendice très long et gangrené dans un vaste phlegmon iliaque : cette enfant guérit. Enfin, le frère jumeau de ma petite malade ayant eu quelques accidents de colique appendiculaire, je lui enlevai, à froid, l'appendice qui mesurait 18 centimètres de long.

En juillet 1898, ma jeune malade avait été prise d'accidents d'appendicite depuis trois jours lorsque je la vis. La douleur et l'empâtement de la fosse iliaque, perceptibles, malgré le ballonnement du ventre, ne laissaient aucun doute sur le diagnostic, et j'opérai immédiatement.

A l'ouverture du ventre, il s'écoula une assez grande quantité de sérosité louche, et je vis plusieurs anses intestinales rouges avec des dépôts pseudo-membraneux : l'appendice, d'une longueur de 12 centimètres, était perforé près de sa base et entouré par une collection purulente fétide. Sur la paroi antérieure du cæcum, enflammé dans son entier, se voyaient deux plaques gangrenées, séparées l'une de l'autre par une distance de trois centimètres ; une des plaques était perforée et donna passage à des gaz et à des matières. Dans les jours suivants, les deux plaques de gangrène s'éliminèrent, et ma malade conserva un double anus contre na-

ture. Nous dûmes plusieurs mois après, M. Chaput et moi, pratiquer une large résection cæcale. La malade finit par guérir.

OBS. XXII (NIMIER, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 7 février 1900).

— Appendicite avec épiploïte.

R..., âgé de vingt-deux ans, dans le courant de 1899, éprouve quatre crises de vomissements, douleur iliaque à droite avec température ; c'est un constipé habituel.

Le 2 décembre 1899, à la suite d'une nouvelle crise, il entre dans mon service. L'on trouve à la palpation une tuméfaction sensible à la pression, dure, à surface irrégulière, elle occupe la fosse iliaque droite dont elle laisse libre la partie voisine de l'arcade crurale, et remonte jusqu'au rebord costal, elle n'a pas le contact lombaire.

Sous l'influence du massage, fin décembre, la tumeur s'était résorbée, toutefois le malade continuait à se plaindre de souffrir de coliques à son niveau, bien que les selles se fussent régularisées. Aussi, le 5 janvier dernier, la laparotomie fut pratiquée sur le bord externe du muscle droit. Celle-ci permet de reconnaître partant de l'épiploon en apparence normal, une bride fibreuse large d'un demi centimètre, qui croisait transversalement tout à fait à sa partie supérieure, la face antérieure du cæcum à laquelle elle adhérait. Cette bride fut libérée et sectionnée. Quant à l'appendice, il fallut aller le chercher au-dessous et en arrière du cul-de-sac cæcal, il était collé sur la fosse iliaque, très loin de la tuméfaction notée avant l'intervention. Il fut réséqué, ses parois étaient épaissies et il présentait un rétrécissement situé à un centimètre environ de son extrémité libre.

Il est probable que cette épiploïte, dont parle l'auteur, était due à de la périityphlite vraie, c'est-à-dire de provenance cæcale.

CONCLUSIONS

I. — La typhlite existe réellement.

II. — Un certain nombre de cas d'appendicites sont au début des typhlites : les follicules clos du cæcum peuvent être frappés d'emblée par le processus infectieux aussi bien que ceux de l'appendice.

III. — Les lésions du cæcum ne diffèrent pas d'ailleurs de celles de l'appendice, et débutent par une folliculite généralisée ou localisée, le plus souvent autour de l'orifice de l'appendice, mais quelquefois très loin de lui, à la limite supérieure du cæcum.

L'ulcération, la perforation avec péritonite localisée ou généralisée se voient comme dans l'appendicite. On trouve plus souvent que dans l'inflammation de l'appendice, des brides épiploïques rétrécissant le cæcum, des adhérences avec les anses intestinales, menace constante d'occlusion.

IV. — Au début, ces affections peuvent être rangées dans le cadre des para-appendicites de Quénu.

V. — Le diagnostic a peu d'importance, car les indications opératoires sont les mêmes dans les cas de typhlite ou d'appendicite.

VI. — Le chirurgien qui ouvre un ventre pour une appendicite ne doit pas se contenter d'enlever l'appendice ; il

doit inspecter le cæcum pour suturer les perforations s'il y en a, avant de refermer le péritoine. De plus, il prendra les plus grandes précautions pour enfouir le moignon appendiculaire, temps qui sera souvent rendu difficile par la friabilité de la paroi cæcale.

Vu :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Albers.** — *L'Expérience*, 1839.
Beaussenat. — *Société de Biologie*, 1897.
Bodar. — Thèse de Paris, 1831.
Bulletins de la Société anatomique.
Bulletins de la Société de chirurgie, 1896 à 1900 (BAZY, WALTHER, QUÉNU, ALBARRAN).
Byron-Robinson. — *Medical Record*, 1895.
Crouzet. — Thèse de Paris, 1875.
Dance. — *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, 1827.
Duplay. — *Archives générales de médecine*, 1876.
Favre. — Thèse de Paris, 1851.
Faisans. — *Société médicale des hôpitaux*, 1899.
Gaillard. — Art. Appendicite in *Traité de médecine et de thérapeutique* de BROUARDEL et GILBERT.
Guinard. — Art. Appendicite in *Traité de chirurgie* de LE DENTU et DELBET.
Hartmann et Mignot. — *Société de chirurgie*, 1891.
Jadelot. — *Bibliothèque médicale*, 1814.
Jalaguier. — Art. Appendicite in *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS.
Josué. — *Société de biologie*, 1897.
Legrain. — Thèse de Paris, 1875.
Legueu. — *Appendicite.* — *Traitement de l'appendicite* (L'œuvre médico-chirurgicale).
Leudet. — *Archives générales de médecine*, 1859.
Mac Murtry. — *Medical News*, 1891.

- Maurin.** — Thèse de Paris, 1890.
Meslier. — *Journal général de médecine et de pharmacie*, 1827.
Ménière. — *Archives générales de médecine*, 1828.
Mestivier. — *Journal de médecine et de chirurgie*, 1759.
Roux. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890.
Simon (Jules). — *Bulletin médical*, 1891.
Talamon. — *Médecine moderne*, 1890.
Taverney. — Thèse de Paris, 1877.
Volz. — *Gazette médicale*, 1843.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).